

## **TRASTORNO HIPERCINETICO - TDAH**

### **DEFINICION/CONCEPTO**

La descripción clínica de este trastorno, así como su denominación, criterios, etiopatogenia, etc. tienen una rica historia. Desde hace algo más de un siglo hasta la actualidad han sido diversas las denominaciones que se le ha dado al trastorno (disfunción cerebral mínima, lesión cerebral mínima, etc.), una vez sobre la base de su etiología y otras por sus características clínicas. En la actualidad existen dos términos para este trastorno: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y Trastorno Hiperactivo.

El cuadro se caracteriza por tres grupos fundamentales de síntomas: hiperactividad, déficit de atención e impulsividad. Estos síntomas, frecuentes en la infancia y en múltiples trastornos psiquiátricos infantiles, necesitan, para reconocerse como parte del Trastorno Hiperactivo, que tengan un carácter crónico, una intensidad y frecuencia elevadas para la edad del niño, ser referidos por diversos observadores/evaluadores, y mantenerse en todos los marcos y ámbitos provocando disfunción en las áreas escolar, familiar y social. La triada sintomatológica se acompaña, en la mayoría de las ocasiones, de síntomas de otras esferas psicopatológicas: comportamentales, afectivas, académicas, físicas, así como déficits en rendimientos neurocognitivos: función ejecutiva, memoria, visopercepción, etc., siendo difícil delimitar la existencia real de cuadros comórbidos asociados y matizando éstos, si los hubiera, la evolución, el pronóstico y la eficacia terapéutica.

### **EPIDEMIOLOGIA**

Existe disparidad en las tasas de prevalencia tanto entre países como dentro de un mismo país, oscilando entre el 1 y el 18%. Este amplio rango se debe a las diferencias metodológicas entre unos estudios y otros. Las diferencias principales se debe a:

- Utilización de criterios diagnósticos internacionales distintos: así, con criterios DSM-IV las cifras suelen ser más altas que con criterios CIE-10. Pero incluso con criterios DSM las tasas pueden variar: así, Baumgarten (1995)

señala que, de una prevalencia con DSM-III del 9,6%, se pasó con DSM-III-R al 10,9%, aumentando con el DSM-IV al 17,8%.

- Metodología en la selección de las poblaciones: los estudios en una sola fase recogen tasas más altas que los que se realizan en dos fases. En éstos últimos, los instrumentos de *screening* utilizados también pueden marcar diferencias, así como la utilización o no de entrevista psiquiátrica para establecer el diagnóstico, o si el mismo se hace con cuestionario, o si simplemente se hace con criterios diagnósticos internacionales. De este modo, en un estudio realizado en Sevilla (Benjumea, 1990), dependiendo de la utilización o no de entrevista psiquiátrica, de que se necesitaran puntuaciones altas de padres y/o profesores, etc., las tasas oscilaban entre el 4 y el 16%.

- Características de las muestras: edad y sexo. Las tasas disminuyen al aumentar la edad, como señala Costello (2003), pasando del 2,2% con 9-10 años al 0,3% con 16 años. Por tanto, los rangos de edad incluidos en los estudios deben ser tenidos en consideración. Igual modo ocurre con el sexo, ya que el cuadro es más frecuente en varones que en mujeres, siendo la proporción distinta según los distintos autores (entre 2:1 y 7:1). Una variable que puede confundir en las tasas, ligada al sexo y la edad, es el subtipo clínico. Así, cuando nos centramos en el tipo inatento las diferencias de proporción son más bajas (2:1) que cuando lo hacemos con el subtipo hiperactivo-impulsivo (5:1).

## **POBLACION EDADES DE RIESGO-DIANA**

Dos grupos de edad merecen ser considerados de riesgo, cada uno de ellos por características distintas: los preescolares y los adolescentes.

En el grupo de preescolares (<6 años) partimos con dificultades importantes en la propia delimitación psicopatológica, ya que es complicado evaluar si los síntomas son consecuencia de la inmadurez evolutiva o se trata realmente de un trastorno. Esta complicación se muestra claramente en el déficit de atención, ya que esta función cognitiva va madurando a lo largo de estos años y el periodo de madurez no es similar en todos los niños. Por otra parte, los síntomas diana del cuadro son frecuentes en otros trastornos psiquiátricos de estas edades, siendo aparentemente los únicos que aparecen o los más fáciles de detectar. Por ello, la evaluación exhaustiva de todas las áreas psicopatológicas es imprescindible

siempre, pero más aún en estos años. No es infrecuente que el déficit de atención sea el único síntoma detectado por profesores e incluso padres en niños con disfasias, trastornos generalizados del desarrollo, dificultades de aprendizaje, etc. Otros síntomas, como la excesiva irritabilidad, conductas oposicionistas, etc., pueden enturbiar el diagnóstico, así como las comorbilidades inexistentes. Por todo ello, en este grupo de edad es importante llegar a un diagnóstico acertado ya que en el caso de que el niño tenga el trastorno éste puede mermar no sólo su rendimiento académico sino su desarrollo en áreas vitales en estos años, como la relación con padres y semejantes, la adquisición de habilidades sociales y, en definitiva, su desarrollo evolutivo en general.

Otro grupo no menos importante es el de los adolescentes. En estas edades, síntomas tales como la hiperactividad disminuyen, pero otros se mantienen, como los déficits atencionales, dificultando claramente sus rendimientos académicos. Por otra parte, la conciencia del trastorno en la adolescencia y la constancia de frustración y fracaso continuo desde los primeros años en muchas áreas hacen que aparezca sintomatología afectiva que enturbia el pronóstico. Igualmente, la evolución del cuadro y su alta comorbilidad con los trastornos Disocial y Negativista Desafiante hacen que en estas edades se disparen los síntomas comportamentales, llegando en muchos casos a ser más preocupantes que los propios del Trastorno Hiperactivo. El mayor riesgo de consumo de tóxicos, accidentes, actos delictivos, etc. es evidente, sobre todo en los casos comórbidos con Trastorno Disocial.

## **NECESIDAD DE UNIDAD DE CRITERIOS**

La necesidad de unificar criterios a la hora de la detección y derivación es importante, pero más aún en el diagnóstico y tratamiento. Quizás uno de los mayores problemas en el diagnóstico es la utilización de diferentes criterios (CIE y DSM). Si bien en cuanto al listado de síntomas son similares, no es así en los criterios necesarios para hacer el diagnóstico. Los criterios CIE-10 exigen que estén presentes los tres grupos de síntomas: hiperactividad (al menos 3 síntomas de 5), déficit de atención (al menos 6 de 8), e impulsividad (al menos 1 de 4). Por su parte, el DSM-IV contempla distintos subtipos: el inatento (al menos 6 síntomas de 9 en inatención), el hiperactivo-impulsivo (al menos 6 de 9 en hiperactividad-impulsividad), y el combinado (equiparable al trastorno hiperactivo de CIE). Esta permisividad por parte de los criterios DSM en cuanto a subtipos hace que las cifras se disparen con

los mismos, y que sean más laxos que los de CIE. Podríamos estar hablando en muchos casos de cuadros distintos (subtipo inatento y trastorno hiperactivo), y nosológicamente el error es grave. Por otra parte, de ser así (no hay clara constancia que no lo sea), el conocimiento etiopatogénico, evolución, y abordaje terapéutico pueden enturbiarse.

## SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DETECCIÓN Y/O DERIVACIÓN

<b>Signos y síntomas en menores de 6 años</b>	
<b>Síntomas diana</b>	<b>Síntomas asociados</b>
<p><b>HIPERACTIVIDAD:</b> inquietud motora excesiva (siempre corriendo, no permanece sentado, cuando lo está moviéndose, etc.).</p> <p><b>DÉFICIT DE ATENCIÓN:</b> escasa duración en un juego, fichas escolares, etc., aún gustándole.</p> <p><b>IMPULSIVIDAD.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conductas oposicionistas, desafiantes</li> <li>▪ Gran Irritabilidad</li> <li>▪ Problemas de sueño</li> <li>▪ Retraso en el lenguaje</li> <li>▪ Dificultades escolares</li> <li>▪ Déficit coordinación motora</li> <li>▪ Problemas de relación familia y compañeros</li> </ul>

<b>Signos y síntomas infancia edad escolar</b>	
<b>Síntomas diana</b>	<b>Síntomas asociados</b>
<p><b>HIPERACTIVIDAD:</b> hiperactividad motora y vocal. Dificultad para permanecer sentado y seguir las tareas, etc.</p> <p><b>DÉFICIT DE ATENCIÓN:</b> pobre mantenimiento de atención y fácil distraibilidad.</p> <p><b>IMPULSIVIDAD:</b> dificultad en esperar, disminución conciencia de daño, incremento de accidentes, etc.</p>	<p><b>ÁREA COMPORTAMENTAL:</b> oposicionismo, desobediencia, rabietas frecuentes, agresividad, negativismo, etc.</p> <p><b>ÁREA AFECTIVA:</b> labilidad afectiva, cambios de humor frecuentes, baja tolerancia a las frustraciones, etc.</p> <p><b>ÁREA ESCOLAR:</b> bajo rendimiento académico, posible repetición de curso, etc.</p> <p><b>ÁREA FÍSICA:</b> Problemas de sueño, incoordinación motora, etc.</p> <p><b>LENGUAJE:</b> dificultades en interacción social, seguir instrucciones complejas, reciprocidad en conversación.</p> <p><b>ALTERACIONES NEUROCOGNITIVAS:</b> disminución función ejecutiva, alteraciones visoperceptivas, etc.</p>

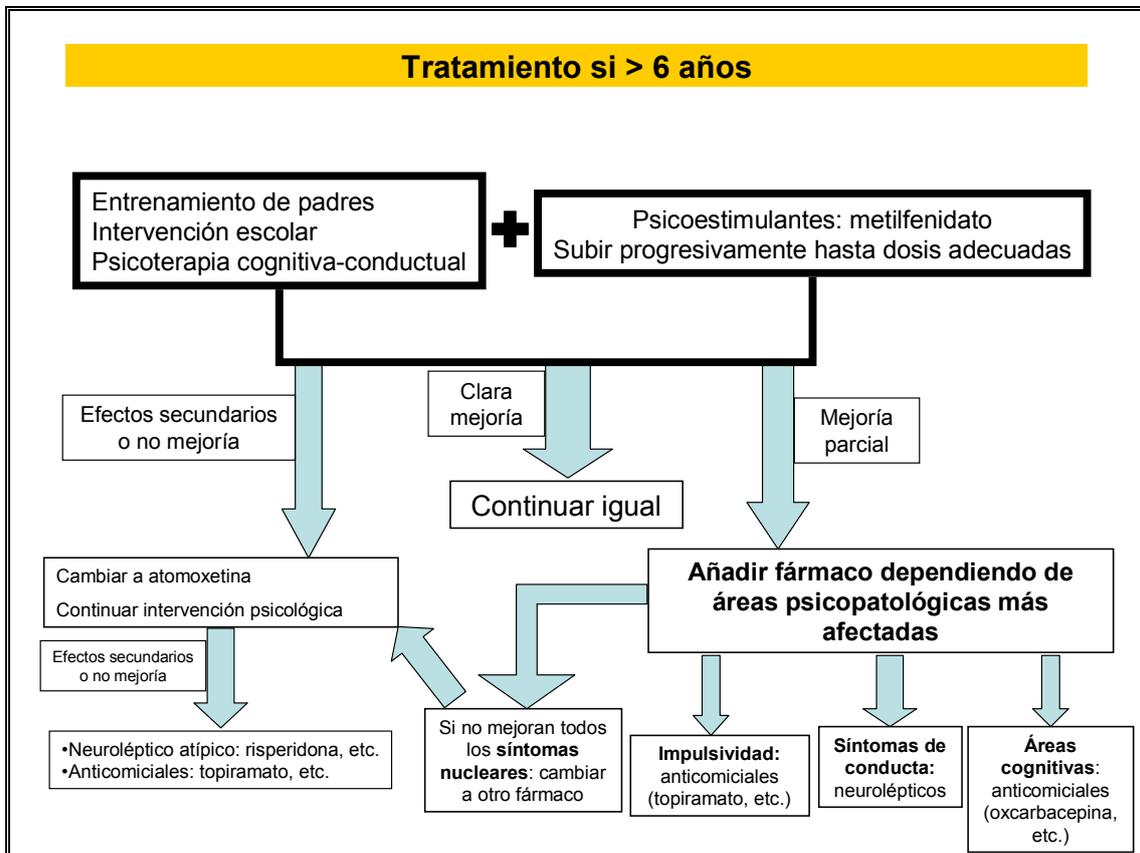
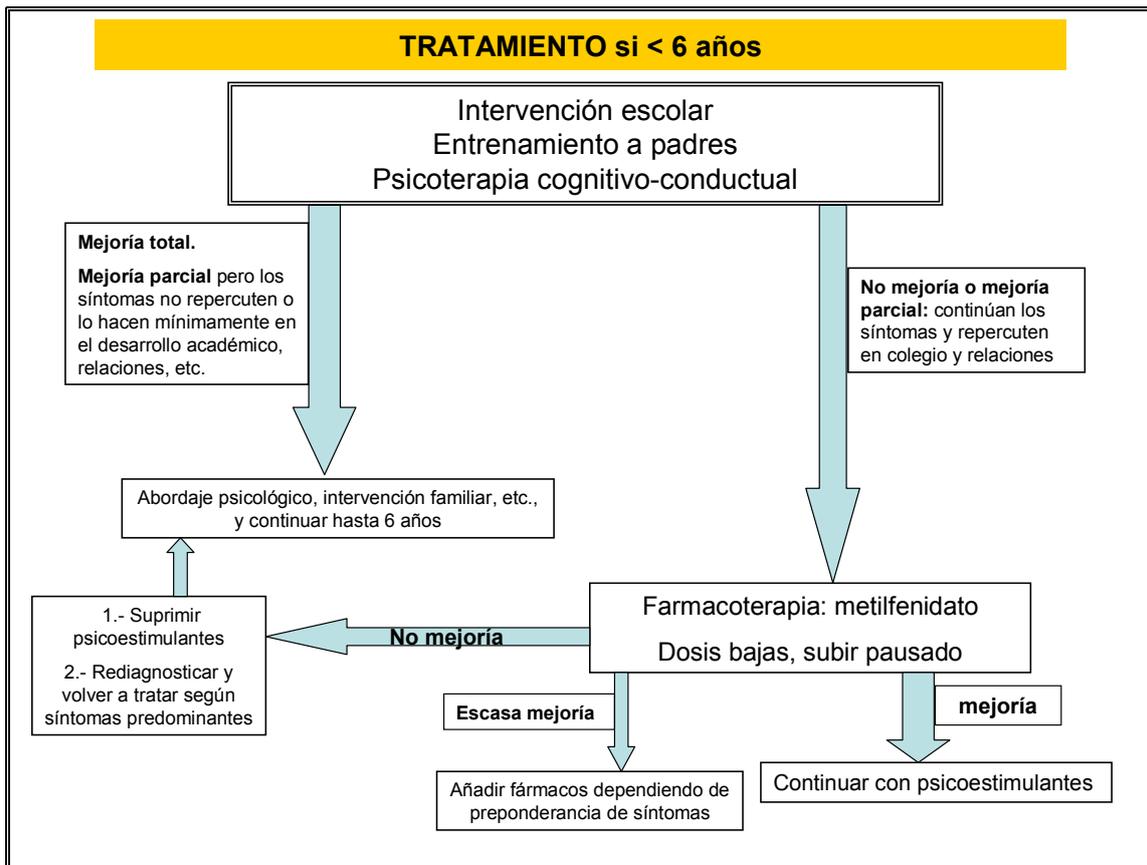
<b>Signos y síntomas adolescencia</b>	
<b>Síntomas diana</b>	<b>Síntomas asociados</b>
<p><b>HIPERACTIVIDAD:</b> disminuye considerablemente, puede no detectarse, más movimientos de manos, pies, etc., que permanecer sentado.</p> <p><b>DÉFICIT DE ATENCIÓN:</b> se mantienen los déficit siendo la demanda atencional mayor teniendo mayores consecuencias académicas.</p> <p><b>IMPULSIVIDAD:</b> participar en actividades de riesgo, etc.</p>	<p><b>ÁREA COMPORTAMENTAL:</b> problemas de relación con compañeros y familia. Mentiras frecuentes, desobediencia, incremento agresividad, etc.</p> <p><b>ÁREA AFECTIVA:</b> incremento autoconciencia del trastorno y secundarios problemas emocionales (a veces sintomatología afectiva), labilidad afectiva, cambios de humor, irritabilidad, baja autoestima, excitabilidad.</p> <p><b>ÁREA ACADEMICA:</b> muchos repetición de cursos, mayores dificultades académicas.</p> <p><b>COGNITIVAS:</b> disminución función ejecutiva, dificultad en planificar y organizar es ahora más evidente.</p>

<b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS</b>	
<b>TRAST. DISOCIAL/NEGATIVISTA DESAFIANTE</b>	Delimitar si los síntomas comportamentales en intensidad, frecuencia y gravedad cumplen criterios de Trastorno Disocial.
<b>T. Aprendizaje Escolar : lectura, ortografía y calculo, etc.</b>	Delimitar si existe un T. Aprendizaje o es un fracaso/retraso escolar como consecuencia de los problemas cognitivos del trastorno.
<b>TRAST. AFECTIVO: DEPRESIÓN</b>	Delimitar si los síntomas afectivos son consecuencia/resultado de los problemas del trastorno, y si realmente cumplen criterios de alguna categoría diagnóstica de T. Afectivos (en criterios son excluyentes)
<b>TRAST. AFECTIVO: MANÍA</b>	Delimitar si los síntomas considerados como maniacos son síntomas acentuados del propio TDAH .Cuidado con solapamiento de síntomas en criterios, ver cronicidad, etc. (en criterios son excluyentes)
<b>OTROS TRASTORNOS: T. Ansiedad, T. generalizados del desarrollo, Esquizofrenia, etc.</b>	Delimitar si los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad cumplen las características del TDAH o son síntomas asociados a estos otros trastornos (cuidado con los TGDs en años preescolares)

<b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: TRASTORNOS MÉDICOS</b>	
<b>Déficits sensoriales</b>	Auditivos, visuales
<b>Efectos secundarios farmacológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anticonvulsivantes</li> <li>▪ Antihistamínicos</li> <li>▪ Benzodiacepinas</li> <li>▪ Betabloqueantes</li> <li>▪ Fenotiacinas</li> <li>▪ Teofilinas</li> <li>▪ Fenobarbital</li> </ul>
<b>Enfermedades neurológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Epilepsias</li> <li>▪ Trastornos del movimiento               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Corea de Sydenham</li> <li>✓ PANDAS</li> </ul> </li> <li>▪ Trastornos neurocutáneos               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Neurofibromatosis tipo I</li> </ul> </li> <li>▪ Trastornos neuromusculares               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Miotonía Distrófica</li> </ul> </li> <li>▪ Enfermedades neurodegenerativas               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ -Leucodistrofia metacromática</li> </ul> </li> <li>▪ Enfermedades metabólicas               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ -Adrenoleucodistrofia</li> </ul> </li> </ul>
<b>Enfermedades endocrinas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hipertiroidismo</li> <li>▪ Hipotiroidismo</li> <li>▪ Resistencia a la hormona tiroidea</li> </ul>
<b>Trastornos genéticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Síndrome del X Frágil</li> <li>▪ Síndrome de Klinefelter</li> <li>▪ Síndrome de Turner</li> <li>▪ Síndrome 47 XYY</li> <li>▪ Síndrome velo-cardio-facial</li> <li>▪ Síndrome Williams</li> </ul>

<b>PROTOCOLO DIAGNÓSTICO</b>	
<b>Exploración médica</b>	<p><b>Anamnesis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hª embarazo y parto</li> <li>▪ Hª desarrollo Temprano (psicomotor, lenguaje, vínculo, sueño, alimentación, temperamento, etc.)</li> <li>▪ Hª enfermedades Médicas (Epilepsia, etc.)</li> <li>▪ Hª familiar (enfermedades relacionadas con trastornos: TDAH, T. disocial, alcoholismo, etc.)</li> <li>▪ Hª medicamentosa (anticonvulsivantes, antihistamínicos, simpaticomiméticos, etc.)</li> </ul> <p><b>Evaluación física:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ General: Peso, talla, tensión arterial</li> <li>▪ Rasgos dismórficos</li> <li>▪ Función motora gruesa y fina</li> <li>▪ Visión</li> <li>▪ Audición</li> <li>▪ Estudio cromosómico (si retraso del desarrollo)</li> </ul>
<b>Exploración psicopatológica</b>	<p><b>Entrevistas Estructuradas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>DISC:</b> Diagnostic Interview Schedule for Children. Shaffer et al, 2000</li> <li>▪ <b>DICA:</b> Diagnostic Interview for Children and Adolescents. Reich, 2000</li> </ul> <p><b>Entrevistas Semiestructuradas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>K-SADS:</b> Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age. Kaufman et al, 1997</li> <li>▪ <b>CAPA:</b> Child and Adolescent Psychiatric Assessment. Angold y Costello, 2000</li> <li>▪ <b>PACS:</b> Parental Account Children Symptoms. Taylor, 1986 (especifica para el Trastorno Hipercinético)</li> </ul> <p><b>Cuestionarios y Escalas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CBCL: Child Behavior Checklist. Achenbach y Rescor, 2001</li> <li>▪ IOWA CTRS: Inattention-Overactivity with Aggression Conners Teacher Rating Scale. Money y Milich, 1982</li> <li>▪ CTRS-R: Revised Conners Teacher Rating Scale. Conners, 1997</li> <li>▪ CPRS-R: Revised Conners Parent Rating Scale. Conners, 1997</li> </ul>
<b>Exploración de rendimientos cognitivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ EEG</li> <li>▪ Continuous Performance Test (C.P.T.)</li> <li>▪ Stroop colour-word Interference Test</li> <li>▪ Wisconsin Card Sorting Test</li> <li>▪ Figura Compleja de Rey</li> <li>▪ Dígitos Directos e Inversos</li> <li>▪ Escala de Signos Neurológicos Menores (PANESS)</li> </ul>

### ALGORITMO TERAPÉUTICO



**BIBLIOGRAFÍA**

- Angold A, Costello EJ (2000). The child and adolescent psychiatric assessment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39: 39-48.
- DuPaul G, Power TJ, Anastopoulos AD et al. (1998). *Rating Scale-IV: Checklist, norms and clinical interpretation*. N.Y. Guilford.
- Kaufman J, Birmaher B, Brent D et al. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children- present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: 980-988.
- Reich W (2000). Diagnostic Interview for children and Adolescents (DICA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39: 59-66.
- Shaffer D, Fischer P, Lucas CP et al. (2000). NIMH Diagnostic interview Schedule for children version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39: 28-38.