



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Diagnóstico diferencial de la hiperactividad infantil

J. Cabanyes Truffino* y A. Polaino-Lorente*

* Unidad de Neurología del Comportamiento. Clínica Nuestra Señora de la Paz. Hnos. de San Juan de Dios. Madrid

** Catedrático de Psicopatología. Facultad de Pedagogía. Universidad Complutense. Madrid.

CONSIDERACIONES INICIALES

CON lo expuesto en los apartados anteriores, resulta manifiesto que el diagnóstico de la hiperactividad infantil presenta notables dificultades. La primera de ellas es, sin duda, la aún deficiente definición nosológica del trastorno. Es evidente que son necesarios nuevos estudios que ahonden en el perfil clínico de la hiperactividad infantil.

Sin embargo, a pesar de las deficiencias ya comentadas, el DSM-III, o su versión revisada, ha demostrado ser suficientemente válido como para poder establecer el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Consideramos que un niño puede ser diagnosticado como hiperactivo si cumple los criterios definidos por el DSM-III/III-R para el TDAH. De esta forma, podríamos incluir en el diagnóstico de TDAH a un niño que hablara mucho, que mostrara un continuo movimiento de las extremidades, que fuera incapaz de permanecer sentado, que contestara precipitadamente a las preguntas formuladas, que en su actividad lúdica no respetara las normas y mostrara intranquilidad, que no prestara atención a las tareas y que interrumpiera con frecuencia a los demás.

Además, de acuerdo con los criterios establecidos por el DSM-III-R, para quedar incluido en el TDAH es preciso que se descarte otra patología (en especial el trastorno generalizado del desarrollo), y que la sintomatología comience a manifestarse antes de los siete años. Ambos criterios tienen importancia, ya que existen trastornos con un pronóstico y tratamiento distintos, pero con unas manifestaciones clínicas similares; y, por otro lado, el inicio tardío de la clínica contradice las formulaciones etiopatogénicas y suele ser expresión de un problema diferente.

A la hora de llevar a cabo el diagnóstico diferencial con otros trastornos, es necesario señalar una serie de prioridades que llevarán a una evaluación rigurosa.

Desde esta perspectiva, ante un niño con sospecha diagnóstica de hiperactividad, es imprescindible considerar tres aspectos que permiten dar los primeros pasos en el diagnóstico diferencial.

En primer lugar, la edad y el nivel de desarrollo del niño y, en segundo lugar, las tareas que podrían estar afectadas por el déficit de atención, la impulsividad o la hiperactividad. Cualquiera de estos rasgos clínicos puede inducir cambios en la ejecución de tareas que, por tanto, han de valorarse refiriéndolas a ese contexto clínico. En este sentido, por ejemplo, es frecuente observar en los niños hiperactivos puntuaciones bajas en los instrumentos de evaluación del CI que, habitualmente, son debidas al sesgo introducido por el propio cortejo clínico del trastorno y que no permiten establecer un bajo CI en sentido estricto. Finalmente, es importante considerar las situaciones en las que los síntomas de la enfermedad se hacen evidentes (fami-

lia, escuela, actividades complementarias, etc.). Desde nuestra perspectiva, para poder hablar de un TDAH, se ha de constatar el cuadro clínico de forma explícita en, al menos, dos situaciones distintas, preferentemente en el aula y el hogar. De no ser así, consideramos que se trata de un TDAH situacional o secundario, que suele ser expresión de otro trastorno, frecuentemente de tipo afectivo o por ansiedad, o queda incluido en los cuadros reactivos a un desajuste sociofamiliar.

La edad del niño es una variable de gran importancia en el momento de la evaluación y el análisis de los resultados, dentro de un protocolo de valoración de la hiperactividad infantil. Desde el punto de vista neurobiológico, la maduración del sistema nervioso lleva consigo el desarrollo de nuevas interconexiones y la desaparición de otras primitivas, originando el despliegue de redes funcionales y alcanzando, durante este período, un extraordinario dinamismo y plasticidad. Por tanto, es importante establecer la correlación entre la edad cronológica y la biológica, variables a tener en cuenta en la valoración del niño.

En este sentido, Massman y su grupo¹ sugieren que la edad constituye una importante variable en la evaluación de los rendimientos de los niños hiperactivos, especialmente en los tests que requieren atención. Esto es así ya que en el desarrollo de la capacidad de atención están implicados, de forma muy directa, los procesos de maduración y especialización cerebral, concretamente, los de las áreas vinculadas a esta función.

Por otra parte, la mayoría de los estudios que se han realizado hasta la fecha, en el TDAH, han sido en niños con edades comprendidas entre los 6 y 12 años. Uno de los motivos de centrar los estudios en este rango de edades, es que no disponemos aún de claras delimitaciones de la normalidad, para los niños más pequeños, en lo que se refiere a la actividad motora, la atención y la latencia de las respuestas. No existen, por tanto, criterios objetivos de conducta (para estas edades y en este campo) que permitan diferenciar, con un cierto grado de exactitud, a los niños normales de los que presumiblemente no lo son, a causa de la hiperactividad. Así, por ejemplo, a los tres años de edad no es fácil distinguir una actividad vigorosa, inquieta y, en cierto modo, caprichosa, que pueda considerarse propia para esa edad, de la hiperactividad motora, inatención e impulsividad, típicas del TDAH. Por otro lado, los niños con más edad expresan su sintomatología de una manera más uniforme y menos variable que los niños más pequeños.

En consecuencia, son necesarios estudios que permitan ir conociendo las pautas de conducta de los niños más pequeños, al tiempo que se profundiza en su neurodesarrollo. Sin embargo, es importante recordar que Barkley² observó que en más del 95 % de los niños identificados como hiperactivos, sus padres señalan haber detectado el problema desde los cinco años o, incluso, antes.

Una vez valoradas las tres variables señaladas, ante un niño que presenta la tríada característica del TDAH —exceso de actividad motora, inatención e impulsividad— es preciso constatar que la sintomatología y los signos que configuran la entidad son primariamente constitutivos de ella y no consecuencia de otros procesos. Es decir, descartar la existencia de otras patologías que puedan tener una expresividad clínica similar, pero con un fundamento etiopatogénico diferente. Es, pues, necesario realizar un diagnóstico diferencial entre los cuadros clínicos que puedan presentar una sintomatología parecida.

De entrada, la propia exploración clínica habrá descartado la presencia de un déficit sensorial y la evaluación del CI permitirá detectar casos de retraso mental leve, cuya sintomatología podría plantear dudas diagnósticas, pero que no deben ser considerados, en sentido estricto, como TDAH. A su vez, los datos sobre el contexto familiar pueden orientar hacia una reacción situacional, que tiene un abordaje distinto.

A partir de aquí, el diagnóstico diferencial descansará, preferentemente, en la evaluación psicopatológica del niño, con el apoyo de algunas pruebas complementarias. La relación de cuadros clínicos implicados en el diagnóstico diferencial con el TDAH puede llegar a ser exhaustiva. De hecho, hasta hace pocos años, la hiperactividad infantil era el típico cajón de sastre donde se incluía cualquier trastorno comportamental de la infancia. En la actualidad, sospechamos la existencia de subgrupos dentro de los límites actuales del TDAH. Es posible que, en un futuro, desgajemos alguna entidad nosológica diferente de lo que hoy llamamos TDAH.

No obstante, esta situación no debe llevar a una inhibición diagnóstica y a que, con los conocimientos actuales, podemos separar del TDAH algunos cuadros clínicos que tienen manifestaciones parecidas. Comentaremos, pues, de forma breve, algunas de estas entidades clínicas, a fin de llamar la atención sobre su existencia y facilitar el diagnóstico del TDAH.

Los trastornos por ansiedad pueden representar un problema de diagnóstico diferencial con el TDAH. Tan es así que la ansiedad es un factor que se ha de tener en cuenta a la hora de valorar el nivel de atención, (Eysenck)³, por su relación con la reactividad autonómica y central del sistema nervioso. En consecuencia, la presencia de ansiedad interfiere en los rendimientos de la atención, pudiendo simular un déficit de atención.

Para la valoración de la ansiedad disponemos, como instrumento fiable, del cuestionario de ansiedad infan-

til desarrollado por Spielberger y que ha sido adaptado a nuestro medio por García Giral y colaboradores⁴. Con todo, el cuadro clínico, según los criterios establecidos por el DSM-III-R, es claramente diferenciable, si bien, pueden darse asociados. Por tanto, las dificultades mayores en el diagnóstico residen en descartar esta asociación. Sin embargo, la incidencia y repercusión de la ansiedad en la propia hiperactividad no está aún dilucidada. En este sentido, se ha planteado la comorbilidad de los dos trastornos, a lo que el trabajo del grupo de Biederman⁵ responde señalando que los trastornos por déficit de atención y por ansiedad presentan una vinculación familiar independiente. Sin embargo, ambos trastornos tienen una base genética-familiar, no plenamente clarificada, observándose un riesgo mayor de trastornos de ansiedad en los niños con TDAH y en sus familiares que en los controles normales y sus parientes (Biederman y cols.)⁵. Queda aún por definir el papel de la comorbilidad del trastorno por ansiedad en la transmisión familiar del TDAH.

En definitiva, es frecuente la comorbilidad del trastorno de ansiedad y el TDAH. La detección, precoz y precisa, de esta asociación tiene una especial importancia en el tratamiento, entre otros motivos, porque los psicoestimulantes parecen poseer un efecto ansiógeno, que podría acentuar la sintomatología (Rapport y cols.⁶). Interesa, pues, valorar la ansiedad en todo niño con TDAH.

TRASTORNOS AFECTIVOS EN LA INFANCIA

Dentro de este epígrafe, está en primer lugar la depresión infantil. Por otra parte, la depresión en la infancia es un tema de creciente actualidad y, por tanto, muy controvertido. Sobre él, uno de nosotros (Polaino-Lorente y Domenech)⁷, ha realizado una amplia revisión que permite ahondar en esta problemática.

La depresión infantil y el TDAH pueden mostrar grandes similitudes en su expresividad clínica. Ambos manifiestan dificultades comportamentales y sociales, incluyendo una pobre relación con los compañeros, problemas de conducta en el aula y exceso de actividad motora. Igualmente, ambos pueden tener problemas en el plano cognitivo. Sin embargo, Jensen y su grupo⁸ señalan que los niños con trastorno depresivo mayor no presentan características de TDAH, pero pueden presentar conductas de oposición; mientras que los niños con TDAH pueden sufrir distimias.

En definitiva, apoyados en los criterios clínicos para cada una de las entidades referidas, se puede llegar a diferenciar ambos problemas, si bien, hay síntomas comunes y es posible entre ellos una asociación. Es decir, la depresión en la infancia puede asemejarse clínicamente al TDAH, por lo que es preciso hacer un diagnóstico diferencial pero, al mismo tiempo, el TDAH puede asociarse a sintomatología depresiva. A

su vez, los estudios del grupo de Biederman⁵ apoyan la hipótesis de una vulnerabilidad familiar común entre el TDAH y el trastorno afectivo mayor. Una adecuada exploración psicopatológica ayudará a diferenciar estas situaciones.

En cualquier caso, de cara al tratamiento, es muy importante llegar a descartar la existencia de un trastorno depresivo o, cuando menos, sospechar su existencia. En este sentido, el cuestionario de depresión infantil de Kovaks ha demostrado ser una herramienta útil en esta tarea (Brown y cols.)⁹.

Por nuestra parte (Cabanyes y cols.)¹⁰, los estudios con cartografía cerebral han puesto de manifiesto una electrogénesis cerebral diferente en la muestra de niños con TDAH, en los que hay presencia de sintomatología depresiva. Según nuestros datos, los niños con TDAH y sintomatología depresiva tienen un nivel basal de activación cerebral más bajo que los niños que no presentan síntomas depresivos y muestran un patrón cartográfico distinto de los controles, en otras situaciones psicofísicas (fig. 1). Por tanto, la cartografía cerebral podría ser un instrumento valioso en la detección de estos problemas.

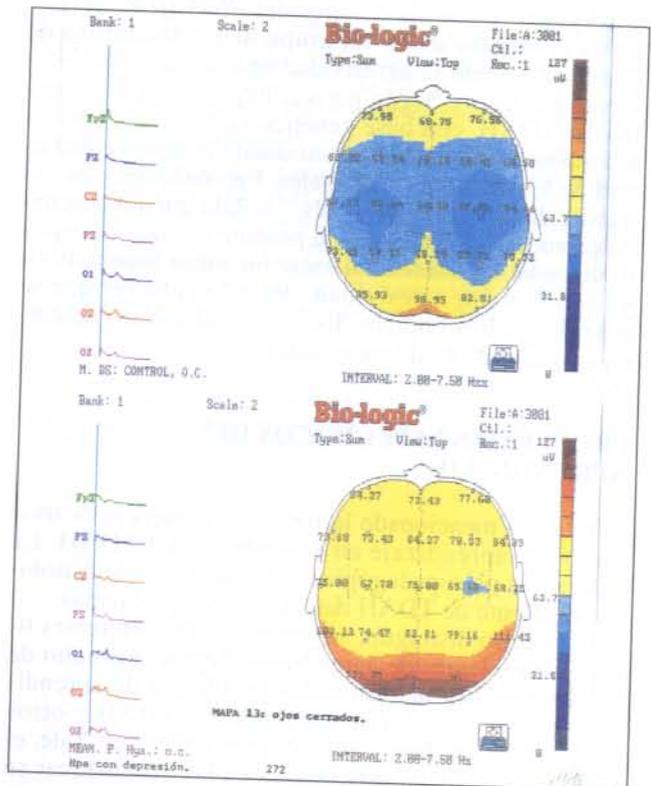


Fig. 1.—Estudio de cartografía cerebral en situación de reposo con los ojos cerrados. Mapa superior: grupo de control (hiperactivos sin síntomas depresivos). Mapa inferior: grupo hiperactivo con síntomas depresivos. Diferencias estadísticamente significativas en los valores de potencia en las estructuras posteriores.

Por último, dentro de los trastornos afectivos, el trastorno bipolar puede constituir una notable dificultad diagnóstica. De hecho, la sintomatología maníaca puede remedar, en muchos aspectos, la clínica descrita para el TDAH y, en algunos casos, ser la primera o la única. Los síntomas descritos en la fase maníaca señalan euforia (con un ánimo expansivo e inadecuado), frecuentes interrupciones, fuga de ideas, disminución de las necesidades de sueño, negativismo y rasgos de agresividad. La evaluación de la atención, en estos niños, puede llevar también a detectar un déficit. Para algunos autores (Pugh)¹¹ la exploración de los SNM permite realizar el diagnóstico diferencial entre el TDAH y la fase maníaca del trastorno bipolar. Aquí, una anamnesis cuidadosa permitirá centrar el diagnóstico.

LA AGRESIVIDAD

Como se comentó al hablar de otras características psicopatológicas del TDAH, la agresividad es un elemento que plantea difíciles problemas al diagnóstico diferencial.

De acuerdo con las observaciones del grupo de Biederman⁵ y con los criterios del DSM-III-R, el trastorno desafiante es un subgrupo de los trastornos de conducta, siendo la agresividad una de sus manifestaciones nucleares. Según parece, hay un subgrupo dentro del TDAH, con base genético-familiar, asociado a los trastornos de conducta, en donde la agresividad es uno de los síntomas principales. En cualquier caso, el trabajo de Guevremont y cols.¹² señala que un adecuado protocolo de observación permite realizar un exacto diagnóstico diferencial entre los niños hiperactivos y los niños con agresividad, dejando entrever que se trata de cuadros clínicos distintos o, al menos, de cortejos sintomáticos diferenciables.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE

Ya se ha mencionado la frecuente presencia de trastornos de aprendizaje en el contexto del TDAH. La valoración psicopedagógica del niño con sintomatología sugerente de TDAH detectará estos problemas.

Es preciso distinguir, sin embargo, los diferentes tipos de problemas de aprendizaje. Según el estudio de Shaywitz¹³, hay determinados problemas de aprendizaje que se encuentran vinculados al TDAH y otros que no lo están. Empleando el cuestionario de Yale, el autor señala que las dificultades en las matemáticas se encuentran relacionadas con el TDAH, mientras que los trastornos del habla y la lectura quedan fuera de este cuadro clínico. Por tanto, ante la presencia de problemas de lectura o del habla, el diagnóstico de

TDAH deberá cuestionarse o plantearse como comorbilidad. Es decir, se replanteará el diagnóstico de TDAH o de problemas específicos del aprendizaje y lo más probable será que haya una asociación entre los dos trastornos, pero por ello no debe considerarse a éste como una manifestación más del TDAH. Indudablemente, la presencia de un trastorno del lenguaje en un niño con TDAH supone un factor más de peor pronóstico, si bien, en nuestra experiencia, el tratamiento específico del TDAH lleva consigo una mejoría de ambos problemas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON OTRAS ENTIDADES CLÍNICAS

Incluimos en esta apartado un conjunto de cuadros clínicos, que tienen unas características diferenciables del TDAH, con un pronóstico y tratamiento diversos, pero que, en ocasiones, pueden plantear dudas diagnósticas y, en cualquier caso, han de ser excluidos antes de poder afirmar la presencia de un TDAH.

Las ausencias epilépticas pueden confundirse con períodos de inatención, y reflejarse en bajos rendimientos académicos. Una correcta anamnesis y el correlato electroencefalográfico, permitirán diagnosticar este trastorno y plantear un tratamiento específico.

La corea de Sydenham, que se expresa por la presencia de movimientos coreicos en las extremidades e inatención, quedará diagnosticada ante un cuadro de instauración más o menos brusca, con antecedentes de fiebres reumáticas, un curso generalmente autolimitado y buena respuesta a los antibióticos.

El síndrome de Gilles de la Tourette (SGT) se encuentra relacionado con el TDAH. La mitad de los niños con SGT tienen también sintomatología de un TDAH. En los casos severos de SGT, el 70 % tienen TDAH, en los casos moderados el 50 % y en los casos leves solamente el 30 % (Golden)¹⁴. Sin embargo, esta relación no está plenamente definida. Aunque algunos estudios planteaban una asociación de tipo genético-familiar, esta hipótesis no parece tener un firme fundamento (Golden)¹⁴. En consecuencia, aun tratándose de cuadros clínicos diferenciables, su frecuente asociación puede plantear problemas de diagnóstico y manejo. Así, la presencia de tics puede quedar encubierta por el exceso de actividad motora y viceversa, y el cuadro obsesivo compulsivo puede simular inatención e impulsividad. En cualquier caso, es importante llegar a diagnosticar ambos trastornos, ya que su asociación implica pronósticos y tratamientos diferentes (Solomon)¹⁵.

El trastorno autista se encuentra incluido en el DSM-III-R en el epígrafe de los trastornos generalizados del desarrollo, frente a los trastornos por conductas perturbadoras en donde se encuentra el TDAH. Por tanto, los criterios clínicos establecidos para su diag-

nóstico son distintos. Sin embargo, algunas formas leves de autismo, en las que predomina la restricción del repertorio de actividades e intereses o algunos aspectos del deterioro de la interacción social, pueden simular un problema de atención que lleve a un diagnóstico erróneo. No obstante, la valoración de la capacidad de comunicación y de algunos aspectos de la propia interacción social, que no se encuentran nunca afectados en el TDAH, facilitarán el diagnóstico.

Como una asociación al trastorno autista, posiblemente como un subgrupo del amplio espectro de trastornos autistas, se ha definido el síndrome del cromosoma X frágil. Se trata de una alteración, detectable en el cariotipo, que se manifiesta con varias características clínicas del trastorno autista y con algunos rasgos de agresividad, ecolalia y déficit de atención, (Goldson)¹⁶.

CONCLUSION

Las limitaciones inherentes a una falta de precisión nosológica del TDAH y los problemas asociados a los estados de comorbilidad hacen que, en algunos casos, el diagnóstico del TDAH presente no pocas dificultades.

Con todo, pensamos que, en el momento actual, disponemos de valiosos instrumentos de ayuda a la propia valoración clínica, que hacen factible el diagnóstico preciso del TDAH. Más aún, si se llega a realizar, en cada caso, una evaluación transdisciplinar.

En este sentido, el grupo de Guevremont¹² subrayan la importancia de aplicar, en la valoración del TDAH, un protocolo, basado en varios métodos de evaluación, utilizando distintas fuentes de información, desde diferentes situaciones e informantes. La inclusión, en dicho protocolo, de entrevistas y escalas a padres y profesores, mediciones en laboratorio de atención e impulsividad y la observación directa, permite una mejor aproximación al problema. Al mismo tiempo, el empleo de técnicas psicofisiológicas y la realización de estudios neuropsicológicos, representan un claro apoyo al diagnóstico del TDAH y su diferenciación con otros trastornos.

BIBLIOGRAFIA

1. Massman PJ, Nussbaum NL y Bigler ED: The mediating effect of age on the relationship between child behavior checklist hyperactivity scores and neuropsychological test performance. *J Abnor Child Psychol* 1988, 16 (1):89-95.
2. Barkley RA: Guidelines for defining hyperactivity in children: attention deficit disorder with hyperactivity. En Lahey BB y Kazdin AE (eds.). *Advances in clinical child psychology*. New York. Plenum Press, 1982, 5:137-175.
3. Eysenck MW: *Attention and arousal: cognition and performance*. Berlin. Springer, 1982.
4. García-Giral M, Cuesta L y Toro J: *Cuestionario de ansiedad infantil (CAI)*. Dept Psiquiatría Univ. Barcelona, 1986.
5. Biederman J, Keenan K y Faraone S: Attention deficit hyperactivity disorder: family-genetic risk factors and comorbidity. En Branski D (ed.). *Pediatric neurology: behavior and cognition of the child with brain dysfunction*. Basel. Karger, 1991, 70-94.
6. Rapport MD, DuPaul GJ, Stoner G, Birmingham BK y Masse G: Attention deficit disorder with hyperactivity: differential effects of methylphenidate on impulsivity. *Pediatrics* 1985, 76 (6):938-943.
7. Polaino-Lorente A y Domenech E, García D y Ezpelata L: *Las depresiones infantiles*. Madrid. Morata, 1988.
8. Jensen JB, Burke N y Garfinkel BD: Depression and symptoms of attention deficit disorder with hyperactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988, 27 (6):742-747.
9. Brown RT, Borden KA, Clingerman SR y Jenkins P: Depression in attention deficit-disordered and normal children and their parents. *Child Psychiat Human Develop* 1988, 18 (3):119-132.
10. Cabanyes J, García de León M, Avila C y Polaino-Lorente A: Hiperactividad infantil y depresión: evaluación mediante cartografía cerebral. *Rev Psiquiat Inf Juv* 1994, 1:16-21.
11. Pugh DD: Attention deficit disorder and depression. *Am J Psychiat* 1987, 144:10-12.
12. Guevremont DC, DuPaul GJ y Barkley RA: Diagnosis and assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children. *J Sch Psychol* 1990, 28:51-78.
13. Shaywitz SE, Shaywitz BA, Schnell C y Towle VR: Concurrent and predictive validity of the Yales Children s Inventory: an instrument to assess children with attentional deficits and learning disabilities. *Pediatrics* 1988, 81:562-571.
14. Golden GS: Tourette syndrome: recent advances. *Neurol Clin* 1990, 8 (3):705-714.
15. Solomon GE: From tics to Tourette syndrome. En Branski D (ed.). *Pediatric neurology: behavior and cognition of the child with brain dysfunction*. Basel. Karger 1991, 95-109.
16. Goldson E y Hagerman RJ: The fragile X syndrome. *Dev Med Child Neurol* 1992, 34:822-832.