

University of Texas Rio Grande Valley

ScholarWorks @ UTRGV

Psychological Science Faculty Publications and
Presentations

College of Liberal Arts

2004

Identificación y Diagnóstico Clínico del Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad

Cecilia Montiel-Nava

The University of Texas Rio Grande Valley, cecilia.montielnava@utrgv.edu

Joaquín A. Peña

Follow this and additional works at: https://scholarworks.utrgv.edu/psy_fac



Part of the [Child Psychology Commons](#)

Recommended Citation

Montiel-Nava, C., & Pena, J. A. (2004). Identificación y Diagnóstico Clínico del Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad. *Investigación Clínica*, 45(Supl. 1), 12–14.

This Article is brought to you for free and open access by the College of Liberal Arts at ScholarWorks @ UTRGV. It has been accepted for inclusion in Psychological Science Faculty Publications and Presentations by an authorized administrator of ScholarWorks @ UTRGV. For more information, please contact justin.white@utrgv.edu, william.flores01@utrgv.edu.

9. James Wilcox, Meng T Tsuang. "Brain Perfusion in autism Varies with ages". *Neuropsychobiol* 2002; 46: 13-16.
10. Meryem. K.S. Karasalioglu; F. Ustum; A. Gul-tekin; T. Fikret; Y.Fazlioglu; M. Ture; and S. Berkarda (2002). "The relationship between Tc-HMPAO brain SPECT ad de scores of real life rating scale in autistic children". *Brain & Developmental*, 24:77-81.
11. Piven J, Bertier ML; "Magnetic Resonance imaginig evidence for a defect cerebral cortical developmental in autism. *Ann J Psiquiatric* (1990); 147: 734-739.

Identificación y Diagnóstico Clínico del Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad

Cecilia Montiel-Nava y Joaquín A. Peña

Unidad de Investigación del TDAH-URU,
Postgrado de Neurología Pediátrica LUZ.
Maracaibo-Estado Zulia.
ceciliamontiel@cantv.net
jokar1@telcel.net.ve

Desde que Still en 1902 describió por vez primera un grupo de 20 niños con diversos grados de agresión, hostilidad, conducta desafiante, rango de atención corto, e hiperactividad; los intentos por conceptualizar y validar un síndrome que pueda agrupar este conjunto de síntomas no han tenido fin. Las etiquetas diagnósticas empleadas han ido variando a medida que los científicos buscan obtener una explicación convincente acerca de la etiología y sintomatología de este trastorno; ocasionando que entre 1902 y 1994 (año de publicación del DSM-IV), se hayan acuñado términos como: defectos en el control moral, síndrome de inquietud, trastorno de conducta postencefálico, disfunción cerebral mínima, reacción hiperkinética de la niñez, y trastorno por déficit de atención-hiperactividad, entre otros (Still, 1902; Levin, 1938; Clements, 1966; APA, 1994; Peña y Montiel, 2002).

Los niños cuyos problemas con falta de atención, exceso de actividad motora, y falta de inhibición han alcanzado un cierto nivel tienen un problema del desarrollo conocido como Trastorno por Déficit de Atención- Hiperactividad (TDAH). El TDAH, ha sido definido como un trastorno del autocontrol, caracterizado clínica-

mente por dificultades en el rango de atención, exceso de actividad motora y deficiencias en el control de los impulsos (Barkley, 1997; American Psychiatric Association, 2000).

Los síntomas primarios del TDAH incluyen hiperactividad, falta de atención, e impulsividad. Los niños con TDAH pueden demostrar 1, 2, o los tres grupos de síntomas, tal y como lo define el DSM-IV:

- **Falta de Atención:** 1. Tiene dificultades para prestar atención a los detalles. 2. Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades. 3. Parece que no escuchara cuando se le habla directamente. 4. No sigue órdenes y no completa tareas escolares y/u obligaciones domésticas. 5. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades. 6. Evita, le disgusta, o rechaza realizar actividades que requieran esfuerzo mental sostenido (ej., tareas escolares). 7. Pierde los útiles necesarios para tareas (lápices, borradores, cuadernos, etc). 8. Se distrae fácilmente con estímulos externos. 9. Es olvidadizo en actividades diarias.
- **Hiperactividad-Impulsividad:** 1. Es inquieto con las manos o pies o se retuerce en el asiento. 2. Se levanta de su asiento en el salón de clase. 3. Corre o trepa excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo. 4. Le cuesta jugar tranquilamente. 5. Actúa como si "tuviera un motor adentro". 6. Habla excesivamente. 7. Responde antes de que las personas finalicen las preguntas. 8. Tiene problemas para esperar su turno. 9. Interrumpe o se entromete con otros.

La combinación de estos síntomas conforma los diferentes subtipos. Por lo tanto, a pesar de que un niño no sea hiperactivo, aún puede estar afectado por este trastorno. Los subtipos son: a.) Predominantemente distraído, b.) predominantemente hiperactivo-impulsivo, y c.) Combinado.

Guía para el Diagnóstico del TDAH

No existe un examen médico que pueda diagnosticar en forma certera el TDAH. El proceso involucra varios pasos y requiere la obtención de información de varias fuentes. El espe-

cialista debe analizar como la conducta del niño se compara con la conducta de niños de esa misma edad, tomando como base la información de los padres, de los maestros, la observación clínica, y los resultados de otros estudios realizados.

La Academia Americana de Pediatría (2000) desarrolló una guía para el diagnóstico del TDAH, la cual incluye:

a) Evaluar cualquier niño entre 6 y 12 años que muestre signos de dificultades escolares, bajo rendimiento escolar, dificultades en las relaciones con los maestros, amigos, miembros de la familia, y cualquier otro problema de conducta.

b) Emplear los criterios del DSM-IV; según los cuales es necesario que los síntomas del TDAH estén presentes en dos o más de los ambientes donde el niño se desenvuelve; que los síntomas estén presentes antes de los 7 años, y los síntomas deben haber estado presentes al menos por seis meses, interfiriendo con el funcionamiento adaptativo del niño.

c) Requiere información de padres o de las personas encargadas del niño, y del maestro acerca de los síntomas de TDAH, edad de aparición, duración de los síntomas, y grado de interferencia.

d) Hace énfasis en la evaluación de las condiciones co-existentes: dificultades de aprendizaje, agresión, conducta disruptiva, depresión y/o ansiedad.

Con el objeto de cumplir con los parámetros establecidos por la AAP (2001), es importante que cuando un especialista sospeche que su paciente podría estar presentando un TDAH; inicie un proceso de evaluación que contenga los siguientes componentes:

a) Historia Médica: esto ayuda a ubicar la conducta del niño dentro de contexto, y realizar un despistaje de otras condiciones que puedan estar afectando la conducta del niño.

b) Revisión de la Historia Escolar del Niño; incluyendo boleta de calificaciones y reportes de los maestros actuales y pasados.

c) Entrevista con los padres y el niño: el clínico debe estar seguro de revisar con los padres la presencia de los síntomas estipulados en el DSM-IV, para este trastorno. La idea central de chequear síntomas, es asegurarse que el niño reúne suficientes síntomas/criterios que justifiquen la etiqueta diagnóstica (Montiel-Nava,

2002). Debido a que las conductas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad, son comunes a la naturaleza infantil, es importante comparar el comportamiento del niño con niños de la misma edad. Preguntas que ayudan a esclarecer el motivo de consulta se enumeran a continuación:

- ¿Por cuanto tiempo ha sido su niño inquieto?
- ¿Es la conducta de su niño un problema en diferentes ambientes? Pareciera que su niño estuviera en su propio mundo?
- ¿Puede su niño permanecer involucrado en una actividad, o con frecuencia la deja incompleta?
- ¿Las medidas de disciplina han funcionado con su niño?
- ¿La conducta de su niño ha interferido con sus amistades, actividades escolares, o la vida de familia?

d) Examen Físico: los traumatismos craneales, convulsiones del tipo petit mal, e infecciones cerebrales pueden ocasionar sintomatología como la del TDAH. La función auditiva y visual debe ser examinada, pero no es necesario la realización de exámenes específicos (Hauser, Zametkin, Martínez *et al.*, 1993; Zametkin y Ernst, 1999).

e) Escalas de Puntuación: Debido a que las conductas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad, son comunes a la naturaleza infantil, es importante comparar el comportamiento del niño con niños de la misma edad. Este objetivo se logra a través de la utilización de las escalas diagnósticas estandarizadas y validadas para tal fin. En específico, las Escalas de Conners (Conners, 1997), las de Achenbach (Achenbach, 1991) miden conductas asociadas al TDAH. En el caso de las Escalas de Conners, estas poseen escalas que identifican la presencia/ausencia e intensidad de los síntomas de acuerdo al DSM-IV, en las categorías de Falta de Atención, Hiperactividad e Impulsividad (Montiel-Nava y Peña, 2001).

f) Pruebas Psicológicas: Esta evaluación es necesaria para establecer el nivel general de funcionamiento intelectual del niño y cualquier discrepancia entre las capacidades cognitivas del niño. Un entendimiento global de la posibilidad de que el niño presente cualquier dificultad de aprendizaje amerita la administración de un test

de rendimiento académico como el WIAT, o el Woodcock-Johnson. El nivel de conocimiento que un niño ha obtenido en cierta área puede ser comparado a lo que se espera de acuerdo a su edad y grado (Montiel-Nava, 2002).

Un especialista debe incluir en su repertorio de herramientas clínicas/diagnósticas, los elementos que permiten la identificación del TDAH. De mayor importancia es que la identificación temprana garantiza un mejor pronóstico y por ende una mejor calidad de vida para el niño y su entorno.

Referencias

1. **American Academy of Pediatrics.** Clinical practices guideline: diagnosis and evaluation and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. Vol. 105(5). 1149-1169 (2000).
2. **Achenbach, T.** (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
3. **American Psychiatric Association** (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Text Revision*. Washington, DC., American Psychiatric Association.
4. **American Psychiatric Association.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC., 1994, American Psychiatric Association.
5. **Barkley, R.** ADHD and the nature of self-control. New York, NY. The Guilford Press. 1997.
6. **Barkley, R.** (1997). ADHD and the nature of self-control. New York, NY. The Guilford Press.
7. **Clements, S.D.** Task force one: minimal brain dysfunction in children. National Institute of Neurological Diseases and Blindness, Monograph No. 3, U.S. Department of Health, Education and Welfare. 1966.
8. **Conners, C.K.** (1998). Overview of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. En: NIH Consensus Development Conference on Diagnosis and treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. November. National Institutes of Health, Bethesda, Maryland.
9. **Greenhill, L.L.** (1998). Stimulant medication. NIH Consensus development conference on diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. November 16-18. Bethesda, MD: National Institutes of Health.
10. **Levin P.M.** Restlessness in children, *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1938, 39: 764-770.
11. **Hauser, P., Zametkin, A., Martínez, P.** (1993). Attention deficit hyperactivity disorder in people with generalized resistance to thyroid hormone. *New England Journal of Medicine*; 328: 997-1001.
12. **Montiel Nava, Cecilia.** Psicología Clínica Infantil. Un enfoque conductual para la evaluación y tratamiento de los problemas de la niñez. Vadell Hermanos Editores C.A.- Fondo Editorial Universidad Rafael Urdaneta, 2002.
13. **Montiel-Nava, Cecilia; Peña, JA.** Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. *Rev Neurol. Volumen 32 (6)*. 506. 2001.
14. **Montiel, C., Peña, JA., López, M., Salas, M., Zurga, J.** Estimados de prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos. *Revista de Neurología (En prensa)* Volumen 35(11): 1019. 2002.
15. **Montiel-Nava, Cecilia., Peña, Joaquín A., Espina, Gloria., Ferrer, María E., López, Angélica., Puertas, Sara., Cardozo, José, J.** Estudio piloto de metilfenidato y entrenamiento a padres en el tratamiento de niños con trastorno por déficit de atención-hiperactividad. Volumen 35(3): 201. 2002.
16. **Peña, Joaquín A., Montiel-Nava, Cecilia.** El trastorno por déficit de atención-hiperactividad ¿mito o realidad? *Revista de Neurología. Volumen 36(2)*,.0173. 2002
17. **Pliszka, S.R., McCracken, J.T., y Maas, J.W.** (1996). Catecholamines in attention deficit hyperactivity disorder: current perspectives. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 35(3): 264-272.
18. **Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Steingard, R., Geist, D.** (1993). Nortriptyline in the treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder and tic disorder or Tourette's syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 350-3.
19. **Still, G.F.** Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, 1902, 1: 1008-1012.
20. **The MTA Cooperative Group.** A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 1999a, 56.
21. **The MTA Cooperative Group.** Moderators and Mediator of Treatment Response for Children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 1999b, 56: 1088-1096.
22. **Zametkin, A.J., y Ernst, M.** (1999) Current Concepts: problems in the management of Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder. *The New England Journal of Medicine*. 340(1): 40-46.