

ESTUDIO DESCRIPTIVO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES VALORADOS EN CONSULTA DE PRIMER DÍA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD



MASTER CONDICIONANTES GENÉTICOS, NUTRICIONALES Y AMBIENTALES
DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

AUTORA: Raquel Montoya Sáenz.

M.I.R. 4º año M. Familiar y Comunitaria.

TUTOR: Feliciano Ramos Fuentes.

Zaragoza, Septiembre 2015.

“LA CIENCIA NO NOS HA ENSEÑADO AÚN SI LA LOCURA ES O NO LO MÁS SUBLIME DE LA INTELIGENCIA”

Edgar Allan Poe

Agradecimientos,

A la Universidad de Zaragoza y al Hospital Clínico Lozano Blesa, por brindarme la oportunidad de realizar este trabajo de investigación, así como por su labor académica y humana.

Al Dr. Feliciano Ramos, tutor del proyecto fin de máster, por su apoyo en la realización de este trabajo.

Al Dr. Pedro Ruiz, porque sin su colaboración en la creación de la base de datos, habría sido imposible realizar este estudio. Además de su aportación en la confección de la idea base para este proyecto.

Al Dr. Álvaro Flamarique, por su paciencia, su tiempo y sobre todo su ayuda en la realización del análisis estadístico del estudio.

A las auxiliares de enfermería del servicio de Psiquiatría del H.C.U. Lozano Blesa, por su paciencia y ayuda en la solicitud de las historias clínicas en papel de los pacientes estudiados.

Agradecer también el apoyo incondicional de mis compañeros y amigos de residencia, padres y hermana.

ÍNDICE

	<u>Página</u>
I. Resumen	5-6
II. Antecedentes y justificación del problema	
- Definición del problema	7
- Justificación	8
- Contenido teórico.....	9-20
III. Objetivos	21
IV. Material y métodos	22-25
V. Resultados	26-47
VI. Discusión	48-55
VII. Conclusiones	56-57
VIII. Bibliografía	58-64
IX. ANEXO	65-71

I. RESUMEN

Introducción: La patología psiquiátrica infanto-juvenil supone un problema de salud mundial. La elevada prevalencia y el gran impacto negativo en la vida diaria tanto de los niños y adolescentes que presentan enfermedades mentales incapacitantes, como a nivel familiar, social y sanitario, han hecho que considere relevante la realización de un análisis epidemiológico y descriptivo de las diferentes patologías psiquiátricas observadas en nuestra área asistencial.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es considerado el trastorno neuro-conductual más presente en la infancia y uno de los motivos más frecuentes por el que los niños son remitidos al pediatra. Se caracteriza por la presencia de tres síntomas fundamentales: desatención y/o hiperactividad e impulsividad. Con frecuencia aparece asociado a otros trastornos de conducta y a retraso en el desarrollo del lenguaje y el aprendizaje, lo que ocasiona, a menudo, graves deficiencias en el rendimiento académico, en la adaptación y en el funcionamiento social del niño. Todo ello crea la necesidad de un diagnóstico y tratamiento precoz.

Esto ha hecho que, dentro de toda la patología psiquiátrica infantil, plantee un estudio descriptivo y comparativo más detallado del TDAH en cuanto a procedencia del paciente (derivación), factores co-mórbidos, antecedentes personales y familiares, consumo de tóxicos, problemas en el colegio y domicilio, factores ambientales relacionados y tratamiento.

Objetivo: El objetivo del trabajo es conocer las características y el perfil de los pacientes atendidos en las consultas externas de Psiquiatría Infanto-Juvenil de un hospital español de tercer nivel en un periodo de tiempo de 5 meses (Enero-Mayo de 2015) y más concretamente de los pacientes diagnosticados de trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Con los resultados obtenidos, se pretende aumentar el conocimiento de muchos de los aspectos más relevantes y aún desconocidos de dichos trastornos psiquiátricos infantiles y juveniles, para de esta manera realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

Material y Métodos: Estudio descriptivo transversal retrospectivo y comparativo de pacientes menores de 18 años que son valorados de forma consecutiva en las consultas externas de primer día del servicio de Psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (Zaragoza) durante los cinco primeros meses de 2015.

Resultados: La media de edad de diagnóstico de patología psiquiátrica en nuestra muestra es de 11 años. El sexo masculino se ve más afectado que el femenino. Las adversidades familiares son el rasgo de vulnerabilidad que más frecuentemente acompañan a los trastornos mentales. La sospecha de TDAH es el motivo más prevalente de derivación a consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil, seguido de los trastornos del comportamiento. Del total de pacientes derivados del centro de salud como posible TDAH, la mayoría fueron finalmente diagnosticados de dicho trastorno. La patología mental más incidente en nuestra muestra ha sido el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, resultando más frecuente en los varones que en las mujeres con un rango 3:1. La edad media de diagnóstico de TDAH es de 10 años, siendo menor en los hombres que en las mujeres. Nuestro estudio apoya la teoría de los factores neurobiológicos no genéticos como génesis del TDAH encontrando relación estadísticamente significativa con la prematuridad, el bajo peso al nacimiento y el ser extranjero. Sin embargo no apoya las teorías genética ni biológica como posible etiología del trastorno. Los factores co-mórbidos del TDAH más frecuentes en nuestro estudio han sido los trastornos del sueño y el retraso del lenguaje y de la coordinación motora. El retraso motor, la clase social baja, pertenecer a una familia numerosa y tener antecedentes de padre alcohólico, delincuente o en paro han demostrado significación estadística como factores acompañantes frecuentes del TDAH, no existiendo relación con los trastornos del sueño, con el retraso del lenguaje ni con pertenecer a una familia monoparental. Se podría considerar la lactancia materna como un factor protector. Los problemas tanto en el colegio como en la relación familiar son más frecuentes en los pacientes con diagnóstico de trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Conclusiones: Los resultados observados en nuestro estudio no difieren de los presentados en los estudios y literatura revisados en cuanto a las características de presentación de patología psiquiátrica y en concreto del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (incidencia de patología mental, tendencia hacia el sexo masculino, sintomatología de presentación en hombres y mujeres, factores de riesgo, factores co-mórbidos y desadaptación en la vida diaria de los pacientes).

II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

II.1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Según la OMS, la patología psiquiátrica en la población infanto-juvenil, supone un problema de salud a nivel mundial debido a una elevada prevalencia, que conlleva gastos económicos y socio-sanitarios muy importantes.

El estudio de la epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes nos va a ayudar a poder resolver varios objetivos en salud pública: contar y estudiar los esquemas de distribución de los trastornos psiquiátricos, calcular la carga de enfermedad, medir el uso de servicios y monitorear si aquellos niños que los necesitan los están recibiendo¹⁻³. La detección precoz de este tipo de patología nos ayudará a iniciar cuanto antes el tratamiento adecuado, fundamental para prevenir los problemas asociados.

Tres revisiones de varios países a lo largo de cuatro décadas muestran que, entre 3 y 22% de los niños y adolescentes presentan trastornos psiquiátricos⁴⁻⁵. Siendo las patologías consideradas más relevantes en la población infanto-juvenil los trastornos del aprendizaje, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la depresión y el suicidio asociado, los trastornos de ansiedad, los trastornos generalizados del desarrollo, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), los trastornos asociados con el consumo de sustancias psicoactivas, los trastornos de conducta y los trastornos psicóticos; siendo la prevalencia de cada enfermedad muy variable en las diferentes poblaciones⁶.

Se sabe que la prevalencia y la frecuencia de dichas patologías cambian en dependencia de las poblaciones estudiadas. Aunque la mayoría de los estudios coinciden en que el TDAH es el trastorno neuro-conductual más frecuente en la infancia. Si bien hace unos años se calculaba la prevalencia de TDAH en el 4-6%, los últimos estudios epidemiológicos dan cifras en torno al 20%⁸; constituyendo, junto con la alergia, la patología más frecuente en el niño⁷.

Se estima que su prevalencia es muy similar en ambos sexos, predominando la hiperactividad en los varones y el déficit de atención en las mujeres y que es una patología que permanece en la vida adulta⁷.

La detección precoz del trastorno por déficit de atención e hiperactividad nos ayudará a iniciar cuanto antes el tratamiento adecuado, fundamental para prevenir los problemas asociados (mal rendimiento escolar, dificultades en las relaciones sociales, trastornos de conducta)¹¹.

II.2. JUSTIFICACIÓN

La falta de suficientes estudios epidemiológicos de patología mental en la población⁵³, así como la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz de estos¹¹, crea la necesidad de realizar nuevos análisis que ayuden a comprender y tratar de forma más eficaz dichas enfermedades.

Por otro lado, hemos de destacar que, el gran efecto negativo que ocasiona tanto en el paciente como a nivel familiar, social y sanitario y el desconocimiento aún de muchos de los aspectos del TDAH, indican la necesidad de realizar más estudios que puedan aclarar estas dudas.

Por otra parte, el impacto de la enfermedad en la salud pública y su carga para el sistema sanitario son considerables. Los costes sanitarios de los niños con patología psiquiátrica, y más concretamente afectos de TDAH son casi el doble que para los niños sin este trastorno. El diagnóstico y tratamiento precoz no solo abaratará los costes económicos, sino que prevendrá a los niños de un riesgo de desadaptación posterior, ya que diferentes estudios han demostrado que los comportamientos hiperactivos-impulsivos son un riesgo para varios tipos de disfunciones del adolescente y de la vida adulta¹¹.

Para establecer el comportamiento de la patología psiquiátrica y poder así, evaluar el manejo de la misma en nuestro medio, es necesario el análisis de los casos estudiados en nuestra propia área asistencial. Por este motivo, la revisión de los casos abordados en las consultas externas de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” nos ayudará a comprender la distribución y obtención de resultados reales de la patología mental en la población infantil del citado hospital, permitiendo su análisis posterior y comparación con otros estudios.

Además, este estudio nos ayudará a conocer el modo de actuación, como prevención, desde atención primaria sobre algunos factores biológicos no genéticos que influyen en el riesgo de padecer TDAH y conocer las características que definen dicho síndrome, lo que nos ayudará a realizar un diagnóstico y por tanto también, un tratamiento precoz.

II.3. CONTENIDO TEÓRICO

1. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Según la OMS, los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias son la principal causa de discapacidad en el mundo, causando cerca del 23% de los años perdidos por discapacidad.

En cuanto a la patología psiquiátrica en la población infanto-juvenil, supone un problema de salud a nivel mundial, estimándose un 20% de los niños y adolescentes del mundo con trastornos o problemas mentales⁸.

En otros estudios, como es el de Roberts et al.⁵⁵, presentaron unas estimaciones de prevalencia en décadas pasadas que oscilaban entre el 1 y el 51%, con una prevalencia media de 15.8%. En los trabajos internacionales se calcula una tasa de prevalencia entre el 0 y el 25% de los niños/as entre 0-18 años de edad de trastornos emocionales o de conducta que precisan/podrían precisar ayuda específica. A pesar de esta gran variación en las tasas de prevalencia, se estima que al menos un 12% de niños y adolescentes padecen trastornos mentales importantes, y que al menos la mitad de ellos se consideran seriamente incapacitados o alterados a causa de su enfermedad mental⁹.

En España, la prevalencia parece ser similar a la de otros países. Las tasas medias estimadas de trastorno mental en la infancia y adolescencia en España son: Incidencia (anual, administrativa): 7-8 por mil habitantes menores de 15 años; Prevalencia (anual, administrativa): 12-14 por mil habitantes menores de 15 años; Frecuentación (anual): 80-90 contactos/año por mil habitantes menores de 15 años⁹. **Imagen 1.** Siendo las patologías mentales más prevalentes según estudios el TDAH, la ansiedad y la conducta perturbadora (trastornos de conducta). **Imagen 2.**

Las tasas de prevalencia varían en función de la edad, sexo y la clase social dependiendo de la muestra y los criterios diagnósticos utilizados¹⁰.

El sexo o género, aunque con gran confusión terminológica y conceptual, constituye también una variable importante y relevante que hay que tener en cuenta en la presentación de psicopatología en niños y adolescentes⁹. En diferentes estudios coinciden en que la mayoría de los trastornos que comienzan en la niñez son más prevalentes en hombres que mujeres, mientras que los que comienzan en la adolescencia más en mujeres que hombres³¹.

Hay cuadros que se presentan con predominancia en niños (trastornos de inicio temprano que implican deterioro del neurodesarrollo: dislexia/retraso de la lectura, trastornos del espectro autista, TDAH, trastorno antisocial persistente de inicio temprano) y otros son más frecuentes en niñas: trastornos de la conducta de inicio en la adolescencia (depresión, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos por ansiedad)⁹. Por otra parte, el TDAH y la ansiedad de separación disminuyen con la edad, mientras que el trastorno negativista desafiante es más prevalente entre adolescentes, el trastorno por estrés postraumático es mayor entre los adolescentes que en niños y la depresión mayor aumenta con la edad³⁶.

En todas las culturas se observan tipos de trastornos similares. Siendo los trastornos neuro-psiquiátricos las principales causas de discapacidad entre los jóvenes⁸, por ello, en varios estudios coinciden en que el TDAH y los trastornos de conducta (TC) son las patologías más prevalentes en la mayoría de los casos, por encima de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, aunque existe, sin embargo, disparidad en las prevalencias de los diferentes estudios¹⁰.

Cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años, aunque, sin embargo, las regiones del mundo con los porcentajes más altos de población menor de 19 años son las que disponen de menos recursos de salud mental⁸.

2. TDAH

- PREVALENCIA Y MAGNITUD DEL PROBLEMA

Diversos autores coinciden en considerar el TDAH como el trastorno psiquiátrico-psicológico más común de la infancia y de la adolescencia.

Según el DSM-IV-TR (2001), la prevalencia del TDAH se sitúa entre el 3 y el 7% en niños en edad escolar, siendo los datos sobre la adolescencia y edad adulta más imprecisos¹⁰. Los índices varían según el autor o trabajo consultado. Estas diferencias vendrían dadas principalmente por la aplicación de los criterios diagnósticos; por eso la prevalencia del trastorno cambia si hablamos del CIE-10, donde estaría situada alrededor del 1%. En diferentes estudios se ha comprobado que la prevalencia en España no difiere excesivamente de la prevalencia en otros países¹¹. **Imagen 3.**

El TDAH es uno de los motivos más frecuentes por el que los niños son remitidos al pediatra, neuropediatra o al equipo de salud mental debido a que presentan problemas de conducta. De hecho, el TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos (neurobiológicos) del niño y del adolescente más prevalente¹².

Se acepta comúnmente que es un trastorno más frecuente en varones que en mujeres, con rangos que oscilan entre 2,5:1 a 5,6:1¹³, aunque actualmente comienza a estimarse una prevalencia similar en ambos sexos⁷. En ambos sexos, el subtipo combinado es el más frecuente, pero en el subtipo inatento parece que hay un mayor porcentaje de chicas, en las que los síntomas de impulsividad e hiperactividad pueden aparecer con menor intensidad¹¹.

En lo que respecta a la media de edad de inicio de los síntomas, ésta se sitúa entre los 4 y 5 años según¹⁴.

- ETIOPATOGENIA

En la actualidad se desconocen las causas directas e inmediatas del TDAH. Existiendo diferentes teorías que intentan explicar el origen de este trastorno.

Por un lado, encontramos la teoría biológica, en la que se afirma no haber duda de que el TDAH es un cuadro orgánico, con origen en deficiencias anatómico-biológicas que afectan preferentemente a ciertas estructuras cerebrales⁷. De este modo, se postula que el origen del TDAH está en una disfunción de la corteza prefrontal y de sus conexiones frontoestriadas¹¹.

Además, otros estudios sobre el volumen cerebral han mostrado desviaciones en el desarrollo de las estructuras corticales en los sujetos con TDAH respecto a los controles. Estos estudios sugieren que el TDAH es un trastorno de la maduración cortical más que una desviación en el desarrollo¹⁵.

Como digo, diversos datos apoyan este modelo etiopatogénico, entre ellos el efecto beneficioso de los estimulantes y los modelos animales que implican las vías dopaminérgicas de gran relevancia en el funcionamiento del lóbulo prefrontal¹⁶.

Existe un consenso mayoritario en aceptar que es un trastorno de origen neurobiológico y muy probablemente de transmisión genética, pero también se cree que la etiología puede ser tanto genética como adquirida, donde influyen diferentes factores ambientales.

Se puede decir, por tanto, que la etiopatogenia del TDAH implica la interrelación de múltiples factores genéticos y ambientales. De esta manera, el TDAH es considerado un trastorno heterogéneo con diferentes subtipos, resultado de distintas combinaciones de los factores de riesgo que actúan al mismo tiempo¹¹.

- Estructuras y circuitos cerebrales implicados en el TDAH

A nivel estructural, en la población pediátrica con TDAH se han encontrado volúmenes significativamente inferiores a nivel de la corteza prefrontal dorsolateral y regiones conectadas con ésta, como el núcleo caudado, el núcleo pálido, el giro cingulado anterior y el cerebelo¹⁷. Los estudios de neuroimagen funcional, especialmente en adultos, también implican de forma consistente a la corteza prefrontal y al cingulado anterior¹⁹.

- Genética del TDAH

Existe evidencia científica de la importancia de los aspectos genéticos en el TDAH. Estudios independientes realizados en gemelos han demostrado que la heredabilidad del TDAH es del 76%²⁰.

La mayoría de los casos son hereditarios por vía autosómica dominante por parte de ambos progenitores de manera similar⁷.

Algunos de los estudios genómicos muestran una elevada complejidad genética del TDAH, asociado con marcadores en los cromosomas 4, 5, 6, 8, 11, 16 y 17^{20,56} han identificado ocho genes asociados, existiendo en siete de ellos una asociación estadísticamente significativa con el TDAH. Estos genes incluyen los de los receptores *DR4*, *DR5* y el transportador de dopamina (*DAT*), la enzima dopamina β-hidroxilasa, el transportador (*DBH*) y el receptor 1B de la serotonina (*HTR1B*) y el gen asociado a la proteína sinaptosómica 25 (*SNAP25*).

Además, en un trabajo realizado por investigadores españoles, se ha constatado la participación de los llamados factores neurotróficos (NTF) en la susceptibilidad genética del TDAH²¹.

Un dato que apoya esta teoría es el que se ha encontrado en diversos estudios: los hermanos de niños con TDAH tienen un riesgo dos veces mayor de presentarlo³⁸.

- Factores neurobiológicos o ambientales en el TDAH

La presencia de factores neurobiológicos no genéticos como génesis del TDAH ha sido descrita en varios estudios, refiriéndose fundamentalmente a: prematuridad, encefalopatía hipóxico-isquémica y bajo peso al nacimiento²², partos múltiples⁷ y consumo de tabaco y alcohol durante la gestación²³. El consumo de otras sustancias como la heroína y la cocaína durante el embarazo también se ha relacionado con el TDAH²⁴. La exposición intrauterina a sustancias como el plomo y el cinc también se ha señalado como factor de riesgo para padecer TDAH²⁵. Al parecer los niños adoptados también tienen más probabilidad de presentar TDAH⁷. Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) moderados y graves en la primera infancia, así como padecer infecciones del sistema nervioso central (SNC) se han relacionado también con un mayor riesgo de TDAH²⁶. A estos factores neurobiológicos no genéticos se les denomina, de forma genérica, factores ambientales.

- Factores no neurobiológicos implicados en el origen del TDAH

Se han descrito también factores de riesgo psicosocial que influirían en el desarrollo de la capacidad de control emocional y cognitiva. Los problemas en la relación familiar son más frecuentes en familias de niños con TDAH. Esto puede ser una consecuencia o un factor de riesgo por sí solo²⁷.

Actualmente, se acepta que es posible la interacción de factores ambientales y genéticos de forma que la presencia de determinados genes afectaría la sensibilidad individual a ciertos factores ambientales²⁸⁻²⁹.

Factores dietéticos como el tipo de alimentación, la utilización de aditivos alimentarios, azúcar y edulcorantes han sido también motivo de polémica sin que por el momento existan estudios concluyentes que los relacionen con el TDAH³⁰.

- CLINICA

Los datos o conductas que se toman en consideración para valorar un TDAH van desde la normalidad hasta la patología; aunque los síntomas nucleares son: la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, a los que con frecuencia se suman los síntomas secundarios a la comorbilidad¹¹.

- Hiperactividad: Exceso de movimiento, actividad motriz y/o cognitiva, en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo. Presentan grandes dificultades para permanecer quietos cuando las situaciones lo requieren, tanto en contextos estructurados (el aula o la mesa a la hora de la comida), como en aquellos no estructurados (la hora del patio)¹¹.
- Inatención: Dificultad para mantener la atención durante un período de tiempo, tanto en tareas académicas y familiares, como sociales. Les resulta difícil priorizar las tareas, persistir hasta finalizarlas y evitan actividades que suponen un esfuerzo mental sostenido. Cambian de tareas sin terminar ninguna. No siguen órdenes ni instrucciones y tienen dificultades para organizar tareas y actividades con tendencia a los olvidos y pérdidas frecuentes. Suelen distraerse con facilidad ante estímulos irrelevantes. En situaciones sociales, la inatención suele manifestarse por cambios frecuentes de conversación, con dificultades para seguir las normas o detalles en actividades y/o juegos. La inatención suele aparecer más frecuentemente durante la etapa escolar y persiste significativamente durante la adolescencia y la edad adulta¹¹.
- Impulsividad: Impaciencia, dificultad para aplazar respuestas y para esperar el turno, interrumpiendo con frecuencia a los demás. A menudo los niños dan respuestas precipitadas antes de que se hayan completado las preguntas, dejándose llevar por la respuesta espontánea y dominante. En la edad escolar, interrumpen constantemente a los otros. En la adolescencia conlleva un mayor conflicto con los adultos y una tendencia a tener más conductas de riesgo (abuso de tóxicos, actividad sexual precoz y accidentes de tráfico)¹¹.

El TDAH tiene diferente expresión según la edad y el sexo de los pacientes⁷:

- Primer año de vida: Presentan insomnio, permaneciendo con los ojos muy abiertos y algunos comienzan a andar excesivamente pronto. Posteriormente presentan hipotonía, pies planos-valgos y miedo a dormir solos por lo que no permiten que se apague la luz⁷.

- Primeros seis años de vida: Torpes para la motricidad fina, inquietos, caprichosos, entrometidos, acaparadores, egoístas y con poca capacidad de frustración⁷.
- Edad escolar: Dispersos, infantiles, inmaduros, mienten y sustraen dinero en casa, se levantan muchas veces en clase, interrumpiendo a profesores y otros niños y tienen dificultad para aprender a leer y escribir, lo que lleva a un fracaso escolar⁷.
- Prepuberales: Presentan lo anteriormente descrito, además de mostrar tendencia al machismo, exhibicionismo y ausencia de sentido del ridículo. Comienzan a ser expulsados del colegio por su bajo rendimiento académico y por su comportamiento conflictivo⁷.
- Pubertad y vida adulta joven: Fracaso escolar y laboral, drogadicción, conflictos de convivencia en casa, en el trabajo y en la sociedad, los hombres presentan aspecto estafalario y las mujeres inmadurez con excesiva preocupación por su apariencia externa⁷.

Con la edad, suele disminuir la hiperactividad aparente, persistiendo la impulsividad y la inatención¹¹.

La expresión del cuadro clínico es básicamente la misma en varones que en mujeres, sin embargo, todavía parece predominar la hiperactividad, conflictividad escolar, familiar, laboral y social en el varón y el déficit de atención, la excesiva preocupación por su apariencia externa y la necesidad de ser admiradas en las mujeres⁷. Por tanto, las niñas tienden a presentar mayor inatención y los niños, mayor componente de hiperactividad-impulsividad¹¹.

Otros estudios hablan de la frecuencia, en porcentaje, de los subtipos de TDAH según géneros, para los que se determinó lo siguiente:

- TDAH-C: El subtipo combinado (TDAH-C) se presentaba más frecuentemente en niños que en niñas (80% frente al 65%, respectivamente)⁴⁷.
- TDAH-DA: El subtipo inatento (TDAH-DA) era más frecuente en niñas que en niños (30% frente al 16%, respectivamente)⁴⁷.
- El TDAH-HI: El subtipo hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI), siendo el menos frecuente de los tres, se encontraba tanto en las niñas (5%) como en los niños (4%)⁴⁷.

En cuanto al comportamiento en el colegio, cabe tener en cuenta que los niños con TDAH presentan más dificultades de aprendizaje que el resto de la población infantil, siendo este hecho uno de los principales motivos de consulta y de fracaso escolar⁴⁸. Aunque en general, las niñas con TDAH muestran una menor presencia de trastornos del aprendizaje asociados y mejores habilidades en la capacidad lectora, hecho que influye en su infradiagnóstico¹¹.

Dado que todos estos síntomas son propios de la edad, el diagnóstico de un posible TDAH en estos niños puede ser difícil y deberá basarse en la intensidad y la persistencia de los síntomas, los problemas de conducta y la repercusión sobre el entorno (familia, escuela, comunidad)^{50,57}.

- TRASTORNOS CO-MÓRBIDOS

Una de las mayores discrepancias y dificultades diagnósticas son las que conciernen a la comorbilidad vs. diagnóstico diferencial³⁷.

El término comorbilidad hace referencia a la presentación en un mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos¹¹. Son una serie de características que suelen acompañar en mayor o menor número y con carácter más o menos severo a los tres criterios diagnósticos del TDAH (hiperactividad, déficit de atención e impulsividad)⁷. **Imagen 4.**

La CIE-10 es más estricta que la DSM-IV TR con respecto al diagnóstico de comorbilidad, insistiendo en la necesidad de descartar otros trastornos que tienen prioridad sobre el TDAH; por ejemplo, la CIE-10 señala que la hiperactividad y la alteración de la atención pueden ser síntomas de un trastorno de ansiedad o un trastorno depresivo, que tienen prioridad sobre el diagnóstico de TDAH³⁷.

Un estudio mostró que el 87% de niños que cumplían todos los criterios de TDAH tenían, por lo menos, un diagnóstico co-mórbido, y que el 67% cumplían los criterios para, por lo menos, dos trastornos co-mórbidos³².

Entre las comorbilidades más frecuentes se encuentran el trastorno negativista desafiante, los trastornos de aprendizaje, los trastornos por tics y los trastornos de ansiedad³⁵. **Imagen 5.**

No todos estos trastornos tienen la misma importancia, sino que constituyen signos de muy diversa trascendencia para el comportamiento y el porvenir de las personas que los presentan⁷.

- **DIAGNÓSTICO**

Aunque pueden ser muy útiles, en ningún caso los cuestionarios deben usarse como único método para establecer el diagnóstico ni como sustituto de una buena historia/entrevista clínica con los padres y con el niño³⁷.

Diferentes autores, entre ellos la guía NICE⁵², coinciden en que no existe ninguna prueba específica, ni biológica ni psicológica, que permita asegurar el diagnóstico de TDAH, por lo que el diagnóstico es fundamentalmente clínico³⁷. **Imagen 6.**

En el proceso diagnóstico es muy importante evaluar el funcionamiento familiar y el contexto psicosocial del niño³⁷. Por ello la entrevista clínica debe recoger información de al menos tres fuentes, los padres, el niño y el colegio, utilizando los criterios DSM-IV o CIE 10³⁷. **Imagen 7.** Además, se deben recoger otros aspectos diferentes del paciente: antecedentes familiares, historia obstétrica y perinatal, historia evolutiva e historia escolar, entre otros¹¹. **Imagen 8.**

Ambas clasificaciones (DSM-IV y CIE 10) son iguales en cuanto a criterios diagnósticos: duración de síntomas mayor a 6 meses, tener en cuenta el nivel de maduración y desarrollo, edad de comienzo de los síntomas menor a 7 años, generalización de los síntomas y deterioro clínicamente significativo. Lo que las diferencia son las pautas para el diagnóstico, así, la DSM-IV TR aporta una definición del trastorno más amplia e inclusiva, que agrupa diversos tipos de TDAH y la CIE 10 es más estricta en el diagnóstico diferencial, correspondiendo el diagnóstico de TDAH en la CIE 10 a un Trastorno Tipo Combinado y más severo que en la DSM-IV TR³⁷. **Imágenes 9 y 10.**

Es importante tener en cuenta las pautas diagnósticas a la hora de calcular las cifras de prevalencia, ya que varían considerablemente (según DSM-IV: 3-7%; según CIE 10: 1.5%)³⁷.

Además, ambas clasificaciones hablan de síntomas asociados que varían en función de la edad y del estado evolutivo³⁷. Según la DSM IV: baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, testarudez, labilidad emocional, disforia, baja autoestima, problemas escolares, coeficiente intelectual variable, rechazo de compañeros, conflictos con profesores e interacciones familiares negativas. Según la CIE 10: desinhibición social, conducta temeraria, quebrantamiento impulsivo de normas sociales, baja autoestima, problemas escolares, coexistencia de torpeza motora y/o trastornos de aprendizaje, rechazo de compañeros y alteraciones del comportamiento. **Imagen 11.**

- TRATAMIENTO

- No hay suficiente evidencia científica que sugiera que la intervención psicológica tenga efectos positivos, aunque las intervenciones psicológicas que si han mostrado alguna evidencia científica de eficacia para el TDAH se basan en los principios de la terapia cognitivo-conductual (TCC), como son: la terapia de conducta, el entrenamiento para padres, la terapia cognitiva del niño y el entrenamiento en las habilidades sociales¹¹.

- La intervención psicopedagógica procura comprender los procesos de enseñanza-aprendizaje en contextos escolares y extraescolares e intervenir eficazmente en su mejora permitiendo al estudiante abordar las situaciones de aprendizaje de un modo más eficaz¹¹. La guía NICE (2009) indica que los niños y adolescentes con TDAH requieren un programa de intervención escolar que incluya actuaciones académicas y conductuales, y recomienda que los docentes que hayan recibido formación en TDAH les proporcionen intervenciones conductuales en el aula¹¹.

- Desde hace más de 70 años se conoce el efecto beneficioso de los estimulantes para el tratamiento de los pacientes con conductas hiperkinéticas. En España, se comercializó por primera vez en 1981 el metilfenidato de liberación inmediata. En los últimos 5 años, con la introducción en el mercado de las formas de liberación prolongada y de medicaciones no-estimulantes como la atomoxetina se ha producido un importante cambio en cuanto a las estrategias de tratamiento farmacológico disponibles para el abordaje del TDAH en España¹¹.

Existen otros fármacos sin indicación para el TDAH que los clínicos utilizan con mucha menor frecuencia para el tratamiento de pacientes con TDAH, como son: clonidina, bupropión, modafinilo, reboxetina, imipramina, risperidona y aripiprazol¹¹.

La GPC de la NICE ha realizado una revisión bibliográfica de estudios de eficacia del metilfenidato en comparación con placebo en niños de edad escolar y adolescentes con diagnóstico de TDAH, demostrando una fuerte eficacia del metilfenidato como reducción de problemas en la adaptación social (tanto en el colegio como en la familia)¹¹.

Como efectos adversos a tener en cuenta, hay evidencia científica de que el metilfenidato en dosis altas (0,8 mg/kg/día) se asocia a una mayor presencia de insomnio y anorexia¹¹.

En cuanto a la atomoxetina, se ha observado evidencia científica en la mejora de la conducta negativa en el domicilio¹¹. Los efectos adversos que han demostrado relación significativa han sido las náuseas y la pérdida de apetito¹¹.

- PRONÓSTICO

El mejor resumen de la perspectiva evolutiva del TDAH es que no existe un único pronóstico. Se han identificado tres grupos en la edad adulta: 1) aquellos cuyo funcionamiento es tan bueno como el de aquellos sin historia infantil de TDAH, 2) aquellos con psicopatología importante, y 3) el grupo más grande, aquellos que tienen algunas dificultades con la concentración, el control de impulsos y el funcionamiento social¹¹.

Aunque los síntomas del TDAH persisten en la mayoría de los casos, es importante recordar que muchos jóvenes con TDAH tendrán una buena adaptación en la edad adulta y estarán libres de problemas mentales. Probablemente, el pronóstico será mejor cuando predomina la inatención más que la hiperactividad-impulsividad, no se desarrolla conducta antisocial, y las relaciones con los familiares y con otros niños son adecuadas¹¹.

Los pacientes con TDAH que de niños no han sido diagnosticados ni en absoluto tratados, presentarán un mayor riesgo de desadaptación posterior.

Existen factores pronósticos favorables, que auguran un futuro optimista y factores desfavorables que hacen esperar todo lo contrario⁷. **Imagen 12.**

Es necesario realizar más estudios sobre la evolución del TDAH en niños y adolescentes hacia la edad adulta, que deberían incluir el pronóstico a largo plazo junto a los posibles beneficios (y riesgos) del diagnóstico y tratamiento precoz (NICE, 2009)⁵².

- REPERCUSIONES SANITARIAS

Las repercusiones del TDAH no sólo afectan a los pacientes, sino a sus familias. Si el TDAH no es tratado o es infra-tratado, se asocia a largo plazo con una amplia gama de resultados adversos como, menor rendimiento académico, incremento de las expulsiones del colegio o abandono escolar, menor categoría profesional, más accidentes de conducción, aumento de las visitas a urgencias por accidentes, mayor incidencia de divorcio e incluso incremento de la delincuencia³⁹⁻⁴⁴.

También el inicio del consumo de sustancias es más precoz en estos pacientes, y es menos probable la abstinencia en la edad adulta⁴⁵.

Todo ello llevará unos costes que pueden ser de menor calibre con un diagnóstico y tratamiento precoz.

- REPERCUSIONES ECONÓMICAS

El impacto de la enfermedad en la salud pública y su carga para el sistema sanitario son considerables. Los costes sanitarios de los niños con TDAH son casi el doble que para los niños sin este trastorno, por lo que, en general, el coste de la enfermedad se estima que es superior a los 40 mil millones de dólares anuales sólo en Estados Unidos⁴⁶.

Se desconoce el impacto del TDAH y los costes asociados en nuestro medio, pero se estima que son distintos a los de otras sociedades debido a las diferencias en el patrón de atención y tratamiento, por lo que no son generalizables ni comparables. Los costes a estudiar en nuestro medio deberían incluir: accidentes, costes de servicios de salud, comorbilidad con otros trastornos, abuso de sustancias, conducta antisocial, fracaso escolar, disfunciones en la familia y la sociedad, entre otros¹¹.

- ¿QUÉ PODEMOS HACER DESDE ATENCIÓN PRIMARIA COMO PREVENCIÓN DEL TDAH?

Dada la etiología fundamentalmente de base genética del TDAH, la prevención primaria, no sería factible. Pero sí podemos actuar sobre algunos factores biológicos no genéticos, como pueden ser: la recomendación de evitar tóxicos durante la gestación (tabaco y alcohol entre otros)¹¹ o la instrucción a los padres en la prevención de traumatismos craneoencefálicos en la primera infancia.

Por otro lado, podemos realizar una detección precoz de este trastorno, prestando especial atención, sobre todo, a poblaciones de riesgo como son los niños extranjeros, adoptados, con antecedentes familiares de TDAH, prematuros, con bajo peso al nacimiento, ingesta de tóxicos durante la gestación y con traumatismos craneoencefálicos graves⁴⁸⁻⁵¹.

La detección precoz del trastorno nos ayudará a iniciar cuanto antes el tratamiento adecuado, fundamental para prevenir los problemas asociados¹¹.

El papel de los pediatras y médicos de atención primaria y de los profesionales del ámbito educativo es muy importante en la identificación y derivación de estos niños.

III. OBJETIVOS

- Objetivo principal:

Conocer las características y el perfil de niños y adolescentes valorados en las consultas externas de primer día del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” (Zaragoza) durante el período de enero de 2015 a mayo de 2015, y más concretamente de los pacientes diagnosticados de TDAH.

- Objetivos específicos:

- Comparación de algunas de las características generales y demográficas que presentan los pacientes menores de 18 años visitados en las consultas externas de Psiquiatría Infanto-Juvenil de nuestro hospital con otros estudios de nuestro país u otros países.

- De la misma manera, comparar en nuestra muestra, dichas características entre los pacientes diagnosticados de TDAH y los pacientes no afectados de este trastorno y comparar los resultados con otros estudios.

- Determinar si se realiza un correcto diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad por parte de Atención Primaria.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio transversal descriptivo de toda la población de pacientes menores de 18 años atendidos en consulta de primer día del servicio de Psiquiatría infanto-juvenil de un hospital de tercer nivel de Zaragoza durante los cinco primeros meses de 2015.

Para ello se ha hecho una revisión de 102 pacientes que fueron visitados de forma consecutiva en las consultas externas del servicio médico mencionado del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” en un período de tiempo comprendido entre el 1 de Enero de 2015 y el 30 de Mayo de 2015, incluyendo en la base de datos únicamente a los pacientes que acudieron por primera vez a estas consultas.

Se realizó una búsqueda bibliográfica de estudios publicados en varias bases de datos, incluyendo PubMed, Up to Date, EMBASE, Cochrane, Google y listas de referencias de artículos, guías clínicas y libros de texto pertinentes hasta Julio de 2015. Se buscaron estudios publicados tanto en inglés como en castellano.

Se utilizó el MESH de búsqueda (prevalencia o epidemiología) y (trastornos psiquiátricos/trastorno de déficit de atención e hiperactividad) y (niños o adolescentes) para las publicaciones entre 2000 y 2014.

Aunque el diagnóstico fue proporcionado por el Servicio de Psiquiatría, se sabe que para el diagnóstico de TDAH fueron utilizados los criterios según la clasificación CIE-10, y que a los pacientes, padres y profesores se les proporcionaron los siguientes test diagnósticos: “Cuestionario de capacidad y dificultades (SDQ-Cas)”, SNAP-IV y escala EDAH.

Para la creación de la base de datos a estudio, una profesional médico de la salud llevó a cabo la revisión de las historias clínicas de los pacientes, apoyándose tanto en las originarias en papel como en la versión informatizada del de enero de 2015 hasta mayo de 2015.

Las variables que se estudiaron fueron las siguientes:

- Variables personales: edad en el momento del diagnóstico, sexo, antecedentes personales (patologías del paciente, retraso motor, retraso del lenguaje, discapacidad intelectual, tipo de lactancia), antecedentes familiares de primer y segundo grado (diferentes patologías, entre ellas diagnóstico de TDAH en otros familiares), problemas en domicilio, problemas en el colegio, consumición de tóxicos (alcohol, tabaco, otras drogas), alteración del sueño REM, insomnio, miedo a dormir solo, terrores nocturnos, clase social, amigos, personas con las que convive habitualmente, vacunación según calendario.
- Variables relacionadas con la consulta en Psiquiatría: mes en que acudió por primera vez a consulta, servicio desde el que el paciente fue derivado y el motivo de derivación.
- Variables relacionadas con el TDAH: cumplimiento o no de criterios TDAH según CIE-10, factores neurobiológicos como factores de riesgo para padecer TDAH (partos múltiples, prematuro, bajo peso al nacimiento, traumatismo craneoencefálico en la infancia, riesgo de pérdida de bienestar fetal, encefalopatía hipoxicoisquémica, consumo de tóxicos durante el embarazo, exposición intrauterina al plomo, infecciones del sistema nervioso central, adoptado, extranjero), diagnóstico final, trastornos comórbidos (problemas de afectividad, dificultad para el lenguaje y aprendizaje, trastornos de la coordinación motriz, nula capacidad para aceptar lo evidente o trastorno adaptativo, síndrome bipolar, comportamiento impulsivo-agresivo, comportamiento antisocial o falta de amigos, trastorno disocial, ansiedad), factores familiares y ambientales que pueden influir en el TDAH (muerte de familiar o amigo, madre con trastorno mental, familia numerosa, padre alcohólico, drogadicto o en paro, peleas de los padres, barrio conflictivo, vivir fuera del hogar y sin afecto, cambio brusco de mejor a peor nivel económico y social), alteración en pruebas de imagen (RNM, TC), tratamiento, mejoría con el tratamiento.

El registro de variables se hizo en una base de datos a propósito, en la cual se filtraron los datos para evitar duplicidades.

A lo largo de todo el estudio se garantizó la confidencialidad de los datos.

- *Desarrollo del estudio y análisis estadístico:*

Una vez identificados el universo de casos clínicos (todos los pacientes menores de 18 años visitados en consultas externas de Psiquiatría Infanto-Juvenil en un período de tiempo de 5 meses) acotamos la muestra incluyendo únicamente los pacientes que acudían por primera vez a dichas consultas.

Tras obtener el total de pacientes a estudio (muestra de 102 pacientes) se procedió a la creación de una base de datos mediante el programa SPSS v.20, que permitiera abarcar todas las variables relevantes en el estudio. Con dicho programa he llevado a cabo el análisis estadístico descriptivo de los datos generales y de comparación entre pacientes diagnosticados de TDAH y no diagnosticados de TDAH.

Se creó además, una segunda base de datos únicamente con los pacientes diagnosticados de TDAH que me ha permitido realizar un análisis descriptivo de dicha patología.

Inicialmente se realiza un análisis univariante descriptivo de las variables estudiadas con el objetivo de conocer las características generales de la muestra, determinando así, las características y perfil de los niños y adolescentes incluidos, además de la incidencia de las diferentes patologías psiquiátricas.

Para variables cualitativas se aportan frecuencias relativas y absolutas. Para variables cuantitativas media y desviación estándar (DE), acompañadas de valores máximos y mínimos. La representación gráfica de las variables cualitativas se realiza mediante diagramas de barras o de sectores.

Se realiza un análisis bivariante para analizar la relación entre las variables cualitativas a estudio. Se aplica el test de Chi-Cuadrado para mostrar la relación entre variables cualitativas, sustituido por el test de Fisher en caso de no cumplirse las condiciones de aplicabilidad.

Se ha establecido un nivel de significación para una $p < 0.05$.

- *Consideraciones éticas*

El estudio se ha realizado dentro de un proyecto de análisis de los pacientes visitados en un periodo de cinco meses en las consultas externas del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”.

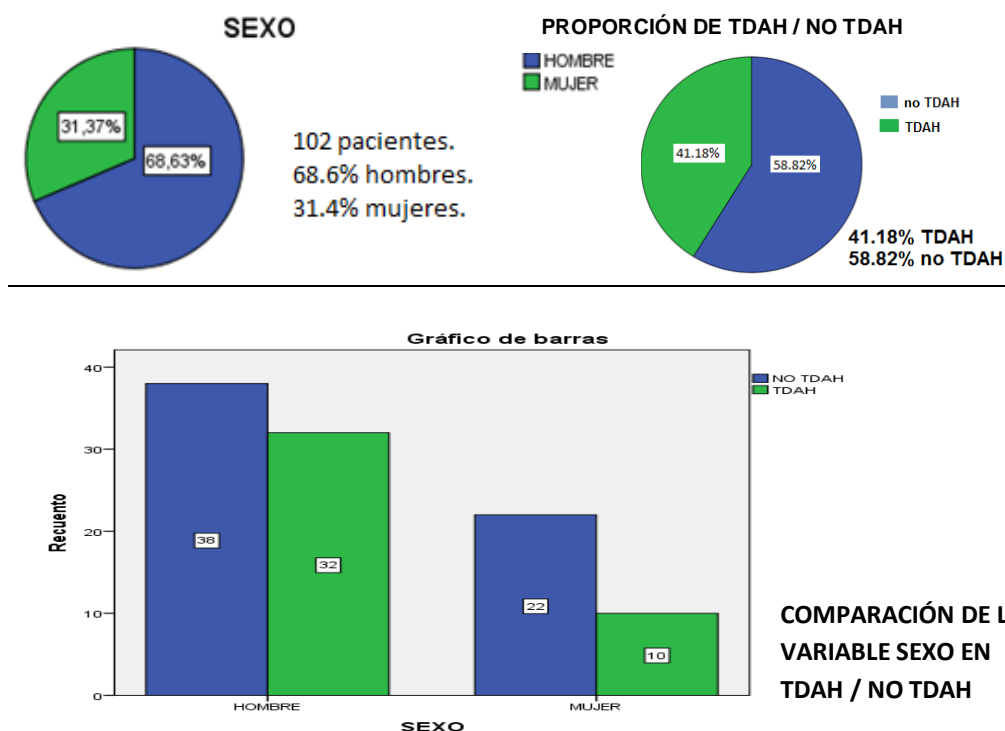
El proyecto forma parte de la actividad habitual que se desempeña a diario por parte de los doctores que conforman las consultas externas de dicho servicio, obteniéndose los datos de forma rutinaria en el curso de la atención clínica, y por tanto, no ha sido preciso solicitar una autorización especial, ya que cuenta con las garantías éticas inherentes a este servicio.

Al margen de lo anterior, debo remarcar el hecho de que todos los datos obtenidos a lo largo del estudio han sido tratados con el máximo respeto y confidencialidad de acuerdo con lo establecido en la Ley 41/2002 sobre el acceso a la Historia Clínica.

V. RESULTADOS

El número total de pacientes atendidos como consulta de primer día en el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" desde el 1 de Enero de 2015 hasta el 30 de mayo de 2015 ha sido de 102, de los cuales, 70 (68.6%) eran hombres y 32 (31.4%) eran mujeres, siendo más frecuente la patología mental en el sexo masculino.

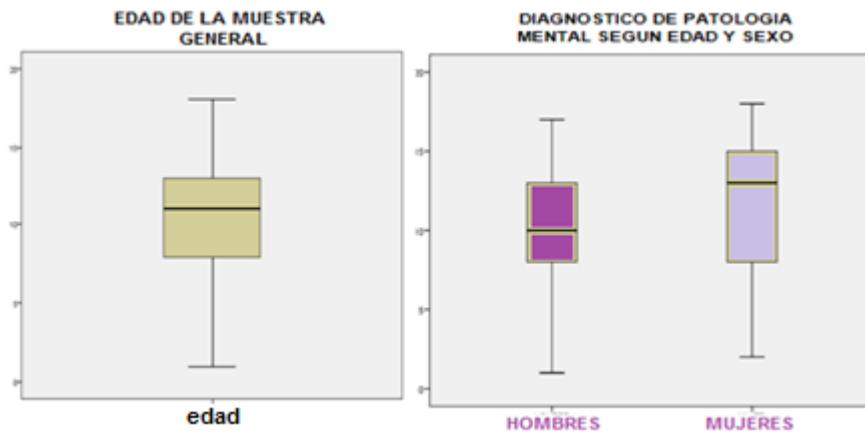
Del total de la muestra, 42 pacientes (41.18%) son diagnosticados de TDAH, de los que 32 (76%) son hombres y 10 (24%) mujeres.



* DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

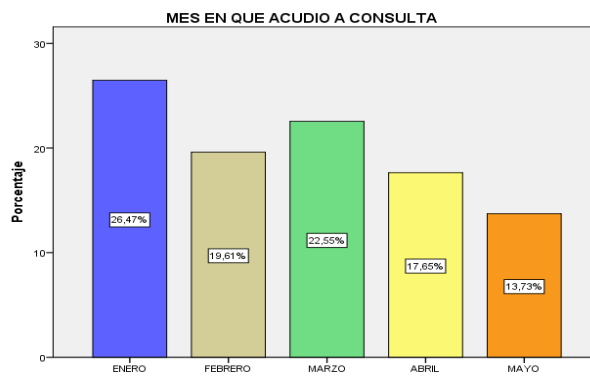
1. Distribución según edad y sexo

La edad media para el diagnóstico de patología mental por parte del Servicio de Psiquiatría de los 102 pacientes ha sido 10.49 años (DE ± 4), siendo el paciente más joven de 1 año y el mayor de 18 años. Los varones fueron diagnosticados a la edad media de 9.9 años (DE ± 3.84) (edad mínima estudiada 1 año y máxima 17 años) y las mujeres a los 11.78 años (DE ± 4.22) (edad mínima estudiada 2 años y máxima 18 años).

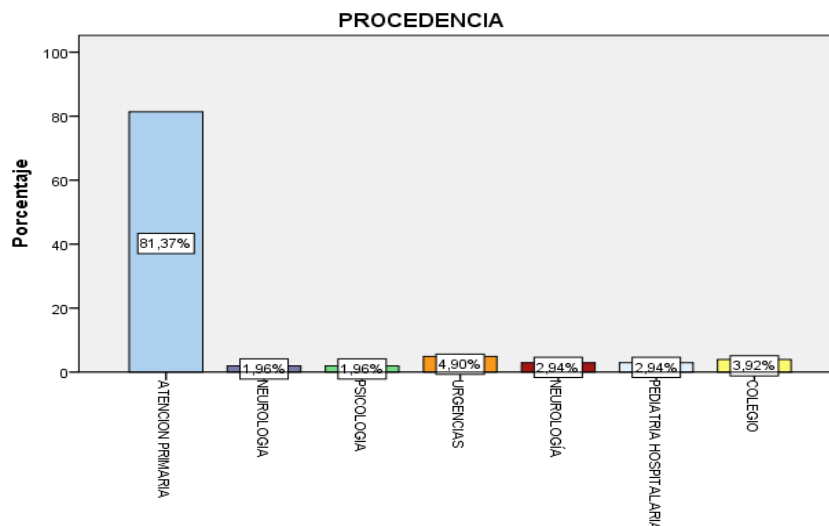


2. Datos obtenidos de la atención y derivación de los pacientes a consultas de Psiquiatría

- Del total de la muestra analizada, el 26.5% acudió en enero, el 19.6% en febrero, el 22.5% en marzo, el 17.6% en abril y 13.7% en mayo.



- De todos los pacientes atendidos en el Servicio de Psiquiatría, el 81.4% fueron derivados desde Atención Primaria, seguido de un 4.9% procedentes del Servicio de Urgencias del hospital y en un menor tanto por ciento desde otros servicios.



- Los motivos más frecuentes de derivación a Psiquiatría Infanto-Juvenil fueron los de ansiedad (12.7%), seguido de disminución de la atención (11.8%), posible TDAH (9.8%) y problemas sociales (8.8%). Aunque si entendemos el TDAH como cumplimiento de uno de los tres criterios de inclusión: disminución de atención, hiperactividad e impulsividad, podríamos suponer un 29.4% de posible TDAH como motivo de derivación siendo este el motivo de consulta psiquiátrica más frecuente.

MOTIVO DE DERIVACION

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DISMINUCION ATENCION	12	11.8	11.8	11.8
IMPULSIVIDAD	3	2.9	2.9	14.7
HIPERACTIVIDAD	5	4.9	4.9	19.6
NO ADAPTACION AL COLEGIO	6	5.9	5.9	25.5
PROBLEMAS FAMILIA	5	4.9	4.9	30.4
PROBLEMAS SOCIALES	9	8.8	8.8	39.2
TDAH POSIBLE	10	9.8	9.8	49.0
ENURESIS	2	2.0	2.0	51.0
ANSIEDAD	13	12.7	12.7	63.7
ALTERACIONES SUEÑO (PARALISIS/TERRORES/IN SOMNIO)	2	2.0	2.0	65.7
Válido AUTOLESIONES	4	3.9	3.9	69.6
DISTIMIA	4	3.9	3.9	73.5
PROBLEMAS COMPORTAMIENTO	7	6.9	6.9	80.4
SOMATIZACION	4	3.9	3.9	84.3
SE PORTA MAL EN COLEGIO	1	1.0	1.0	85.3
FRACASO ESCOLAR	5	4.9	4.9	90.2
RETRASO MADURATIVO	7	6.9	6.9	97.1
AGRESIVIDAD	1	1.0	1.0	98.0
ALUCINACIONES AUDITIVAS	1	1.0	1.0	99.0
IDEAS DE SUICIDIO	1	1.0	1.0	100.0
Total	102	100.0	100.0	

3. Antecedentes personales y familiares

- El 14.7% de los pacientes no presentó antecedentes personales previos.
- Teniendo en cuenta que cada uno de los pacientes puede presentar más de un antecedentes personal, los que se presentaron más frecuentemente en la población estudiada fueron: dermatitis atópica (24.51%) y alergia e hipertrofia adenoidea (14.7%).

A. PERSONALES	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE VÁLIDO
Sin A. personales	15	14.7
Terros nocturnos	2	1.96
Sinusitis	2	1.96
Asma	10	9.8
Estenosis pilórica	2	1.96
Compulsión	7	6.86
Hipotiroidismo	2	1.96
Retraso del crecimiento	3	2.94
Hipertrofia adenoidea	15	14.7
Bronquitis	6	5.88
Migraña	2	1.96
Neumonía	1	0.98
Enuresis	5	4.9
Acoso	2	1.96
Convulsiones	1	0.98
Ansiedad	4	3.92
Malformación congénita	12	11.76
Miopía	11	10.78
Dermatitis atópica	25	24.51
Oligofrenia	6	5.88
Obesidad	11	10.78
Alergia	15	14.7

4. Consumo de tóxicos

En el estudio de hábitos tóxicos, analizamos en primer lugar el tabaco, de forma que únicamente el 12.3% del total de la muestra fumaba. El mismo tanto por ciento consumía alcohol. El 4.9% consumía cannabis y 1.2% era consumidor habitual de cocaína.

TABACO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	71	69.6	87.7	87.7
	SI	10	9.8	12.3	100.0
	Total	81	79.4	100.0	
Perdidos	Sistema	21	20.6		
Total		102	100.0		

ALCOHOL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	71	69.6	87.7	87.7
	SI	10	9.8	12.3	100.0
	Total	81	79.4	100.0	
Perdidos	Sistema	21	20.6		
Total		102	100.0		

OTRAS DROGAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	76	74.5	93.8	93.8
	CANNABIS	4	3.9	4.9	98.8
	COCAÍNA	1	1.0	1.2	100.0
	Total	81	79.4	100.0	
Perdidos	Sistema	21	20.6		
Total		102	100.0		

5. Factores de vulnerabilidad psiquiátrica

- El 59.8% de los pacientes de la muestra no presentaban ningún factor comórbido familiar o ambiental a pesar de que la mayoría presentaba patología psiquiátrica.
- El factor co-mórbido más frecuentemente presentado en la muestra (teniendo en cuenta que cada paciente puede presentar más de uno), fue el de peleas de los padres con un 13.7%, seguido de separación de los padres con un 12.74% y padre alcohólico, drogadicto o en paro en un 9.8% de los pacientes estudiados.

F. RIESGO AMBIENTAL	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE LA MUESTRA (102 PACIENTES)
Sin factores de riesgo	61	59.8%
Muerte de un familiar o amigo querido	2	1.96%
Madre con trastorno mental	4	3.92%
Familia numerosa	6	5.88%
Padre alcohólico, delincuente o en paro	10	9.8%
Peleas de los padres	14	13.7%
Clase social baja con ambiente poco afectuoso	3	2.94%
Barrio conflictivo	2	1.96%
Abandono padre	3	2.94%
Separación padres	13	12.74%
Datos perdidos por desconocer datos	1	0.98%

6. Diagnóstico final e incidencia de patología psiquiátrica en la población a estudio

97 (95%) de los niños atendidos en las consultas de Psiquiatría presentaron algún tipo de patología psiquiátrica.

Teniendo en cuenta que cada uno de los niños estudiados puede presentar más de un diagnóstico, los diagnósticos más frecuentes realizados por el Servicio de Psiquiatría son: TDAH de tipo combinado (26.47%), seguido ansiedad (16.66%), TDA como déficit de atención (12.74%), trastorno de adaptación (11.76%) y ruptura familiar y trastorno disocial (9.8%). Si sumamos los tres tipos de TDAH obtendríamos un porcentaje de incidencia en nuestra población de 41.17%, con mucha diferencia la patología mental más frecuente de la muestra analizada.

DIAGNÓSTICO FINAL	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
Psíquicamente sano	5	4.9
TDAH	27	26.47
TDH	2	1.96
TDA	13	12.74
Ansiedad	17	16.66
Oposicional-desafiante	1	0.98
Impulsivo-agresivo	1	0.98
Rivalidad fraternal	2	1.96
Ruptura familiar	10	9.8
Somatización	3	2.94
Enuresis	4	3.92
Alteraciones del sueño	3	2.94
Trastorno de adaptación	12	11.76
Depresión	2	1.96
Trastorno disocial	10	9.8
Autismo	6	5.88
Acoso escolar	4	3.92
Síndrome de Asperger	2	1.96
Trastorno relacionado con consumo sustancias	2	1.96
Retraso madurativo	1	0.98
Autolesiones	4	3.92
Trastorno específico de la pronunciación	1	0.98
Trastorno de la conducta alimentaria	2	1.96
Duelo	1	0.98
Personalidad anancástica	1	0.98
Actitud negativista	1	0.98
Fracaso escolar por dificultad para lenguaje y aprendizaje	1	0.98

Maltrato	1	0.98
Trastorno del comportamiento asociado a disfunción fisiológica	3	2.94
Oligofrenia	6	5.88
Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo	3	2.94
Mal rendimiento escolar	3	2.94
Obesidad	2	1.96
Rasgos vulnerables de la personalidad Cluscer C	3	2.94

7. Tratamiento

Sabiendo que se han perdido 8 pacientes por falta de datos en la historia clínica y que 5 de los pacientes no fueron diagnosticados de ningún tipo de patología psiquiátrica, podemos decir que del total de la muestra analizada, recibieron tratamiento un 45% de los pacientes.

TRATAMIENTO RECIBIDO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No recibe tratamiento	48	47,1	47,1	47,1
Desconocido	8	6,9	6,9	53,9
Metilfenidato hidrocloreuro	25	24,5	24,5	78,4
Desmopresina acetato	2	2,0	2,0	80,4
Tranxilium	2	2,0	2,0	82,4
Floxedina	11	10,8	10,8	93,1
Risperdal	6	5,9	5,9	99,0
Total	102	100,0	100,0	

De los 46 pacientes que recibieron tratamiento médico, tuvieron una mejoría clínica el 87% frente al 13% que no mejoraron con la toma de fármacos.

* DATOS SOBRE EL TDAH EN LA MUESTRA A ESTUDIO

1. *Distribución según edad y sexo*

Del total de la muestra, 42 pacientes (41.18%) fueron diagnosticados de TDAH. Teniendo en cuenta la variable sexo, 32 (76%) resultaron ser hombres y 10 (24%) mujeres.

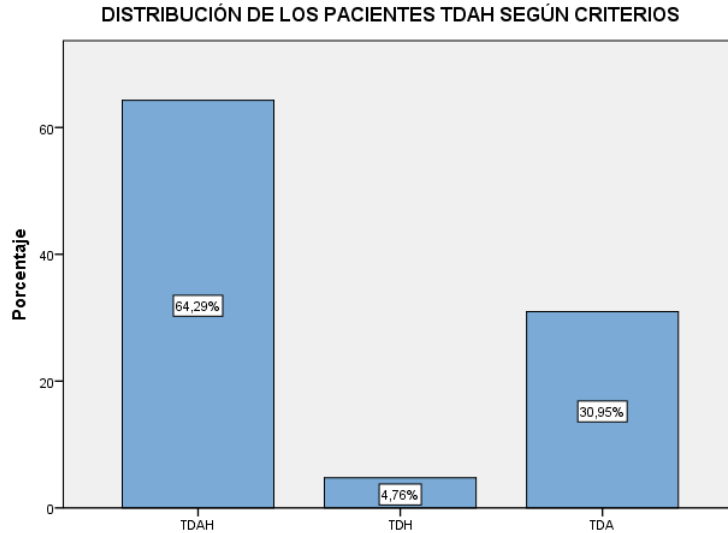
La edad media de diagnóstico de TDAH en las consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil de nuestro hospital es de 10 años (DS 2.858), siendo los 5 años la edad mínima de diagnóstico y los 16 años la edad máxima encontrada en el diagnóstico de TDAH.

EDAD DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TDAH

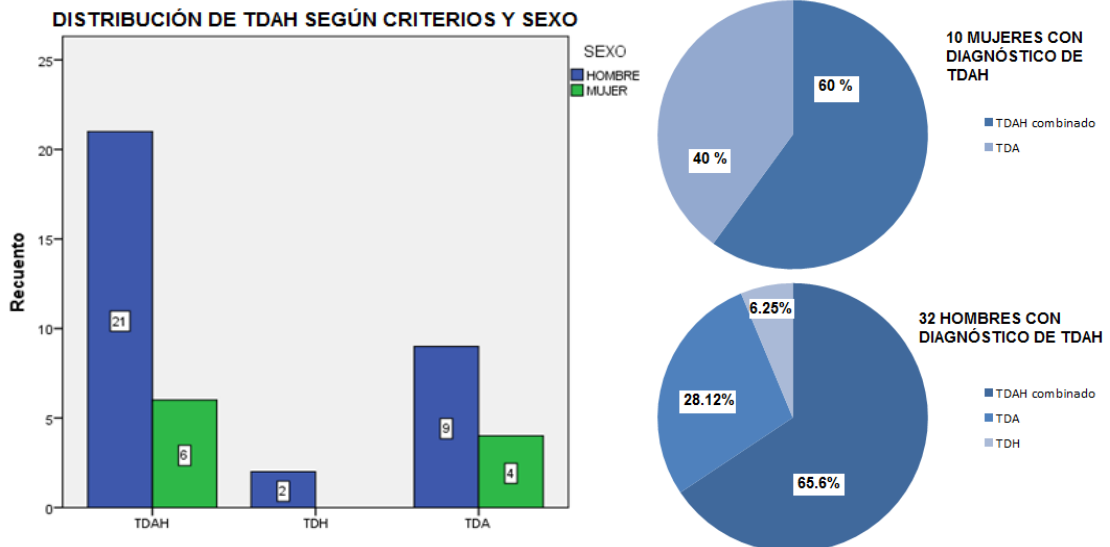
	Estadístico	Error estándar
Media	10.07	.441
95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	
	9.18 10.96	
Media recortada al 5%	10.00	
Mediana	9.50	
Varianza	8.166	
EDAD Desviación estándar	2.858	
Mínimo	5	
Máximo	16	
Rango	11	
Rango intercuartil	5	
Asimetría	.241	.365
Curtosis	-.774	.717

2. Distribución según criterios de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad.

De los pacientes diagnosticados de TDAH, 27 (64.3%) fueron catalogados como trastorno combinado, 2 (4.8%) como TDH y 13 (31%) como TDA.

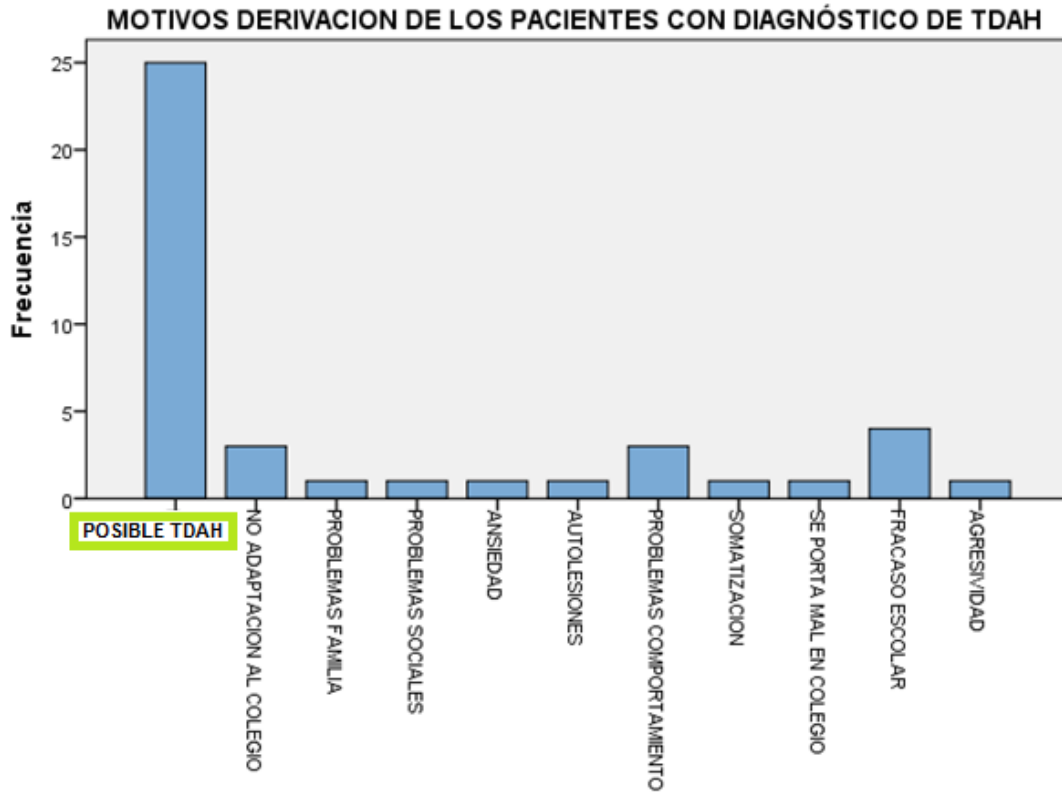


De los pacientes diagnosticados de TDAH combinado, 21 (77.77%) son hombres y 6 (22.22%) mujeres. El 100% de los pacientes diagnosticados como TDH son varones y de los 13 pacientes diagnosticados como TDA, 9 (69.23%) son hombres y 4 (30.77%) mujeres. Por otro lado, de los 32 hombres con diagnóstico de TDAH, el 65.6% presentan un diagnóstico combinado, el 6.25% hiperactividad y el 28.12% déficit de atención. De las 10 mujeres con diagnóstico de TDAH, el 60% presenta un diagnóstico combinado, el 40% déficit de atención y ninguna hiperactividad.



3. Resultados de la variable derivación

El 59.5% de los pacientes con diagnóstico de TDAH fueron derivados por cumplir algún criterio de TDAH (hiperactividad, impulsividad o déficit de atención).



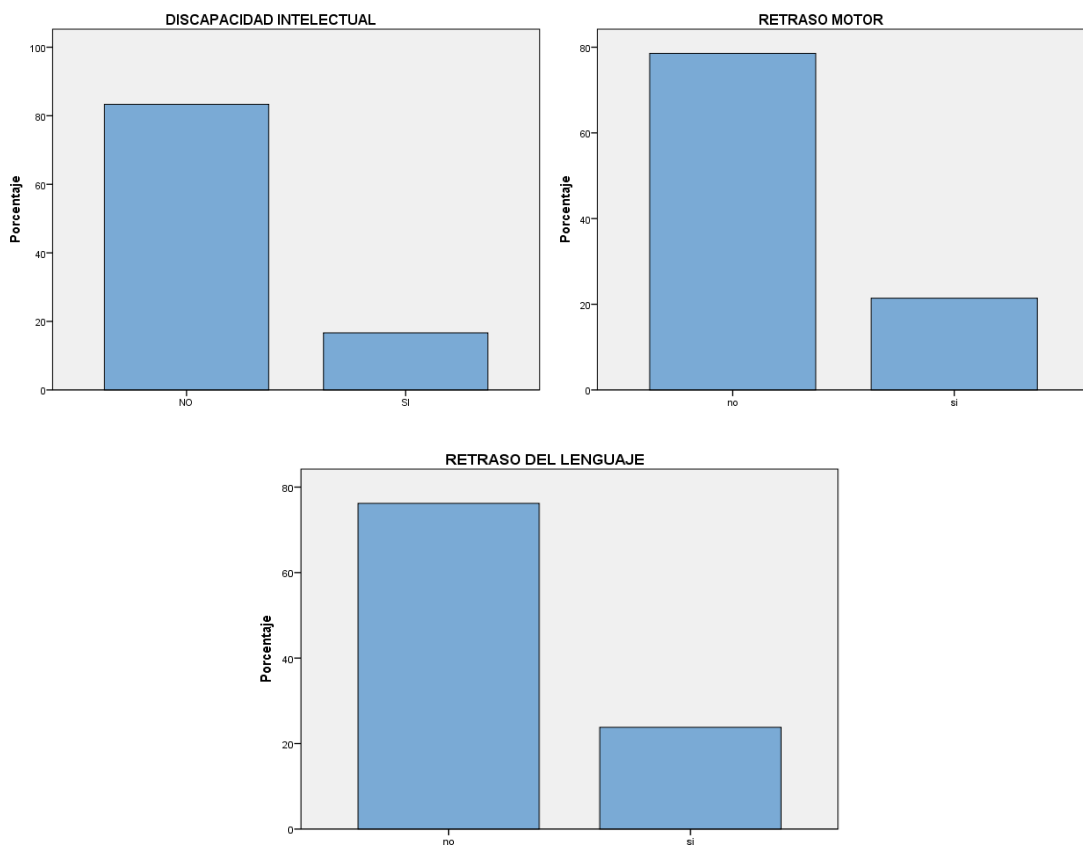
Se derivaron 30 pacientes como posibles TDAH, déficit de atención, impulsividad e hiperactividad. De estos, 25 (83.3%) fueron diagnosticados finalmente por parte del Servicio de Psiquiatría de TDAH.

De los 28 pacientes derivados por el Pediatra de Atención Primaria como posibles TDAH, déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, 19 pacientes (79.2%) fueron realmente diagnosticados de TDAH por parte del servicio de Psiquiatría.

4. Antecedentes personales y familiares

De los 42 niños y jóvenes diagnosticados como TDAH, únicamente 4 (9.52%) eran niños sanos sin ningún antecedente médico diagnosticado. La patología médica más frecuente en estos niños fue: dermatitis atópica (12 niños; 28.57%), hipertrofia adenoidea (10 niños; 23.8%) y malformaciones congénitas (8 niños; 19%).

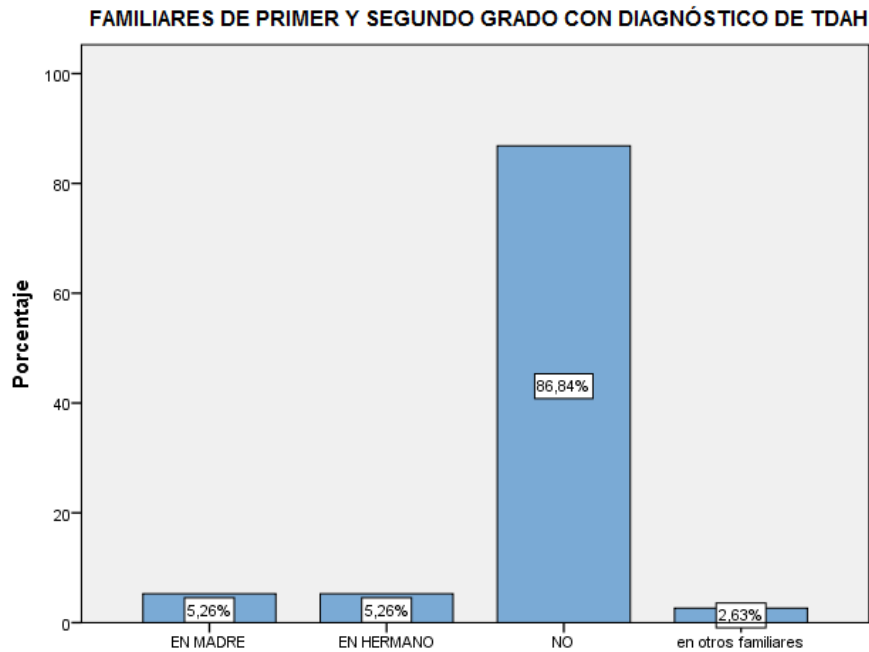
Del total diagnosticado de déficit de atención e hiperactividad, únicamente el 17% presentaban discapacidad intelectual. 21.4% de los niños presentaban retraso motor y 23.8% presentaban retraso del lenguaje.



5. Etiopatogenia del TDAH

- TDAH como herencia genética (factor genético)

Teniendo en cuenta que en este análisis se perdieron 4 pacientes debido al desconocimiento del dato diagnóstico de TDAH en familiares, únicamente el 13% de los pacientes con diagnóstico de TDAH tenían algún familiar de primer o segundo grado que presentaba dicha patología.



- TDAH como trastorno adquirido

Se ha realizado el análisis de los diferentes factores que según otros estudios pueden ser de riesgo para padecer un TDAH. En nuestra muestra los más frecuentes son: presentar bajo peso al nacimiento y ser extranjero, los cuales se presentaba en 14 (33.33%) de los niños diagnosticados de TDAH. 11 niños (26.19%) resultaron ser prematuros, 9 (21.42%) no presentaban ningún factor de riesgo y 8 (19.04%) habían sufrido un traumatismo craneoencefálico en la infancia. El resto de factores se presentaban en un porcentaje mucho menor.

F. DE RIESGO ADQUIRIDOS	NIÑOS
Sin factores de riesgo	9
Partos múltiples	2
Prematuro	11
Bajo peso al nacimiento	14
Traumatismo craneoencefálico	8
Extranjero	14
Adoptado	4
Riesgo de pérdida de bienestar fetal	2
Consumo de tóxicos en el embarazo	1
Encefalopatía hipóxico-isquémica	2

- TDAH como patología orgánica o biológica

De todos los pacientes diagnosticados de TDAH únicamente se realizó prueba de imagen (resonancia magnética (RNM) y tomografía computarizada (TC) cerebrales) a un 19%. De éstos, sólo un 5.88% presentaron alteraciones.

ALTERACION EN PRUEBAS DE IMAGEN (TC/RNM)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO ALTERACIONES	6	14.3	14.3	14.3
ALTERACIONSE EN TC	1	2.4	2.4	16.7
Válido NO SE HA REALIZADO	34	81.0	81.0	97.6
RNM (tumor cerebeloso)	1	2.4	2.4	100.0
Total	42	100.0	100.0	

6. Tratamiento

Sabiendo que se han perdido 6 pacientes por falta de constancia de datos en la historia clínica, podemos decir que, el 27.8% de los pacientes con diagnóstico de TDAH no recibieron tratamiento médico.

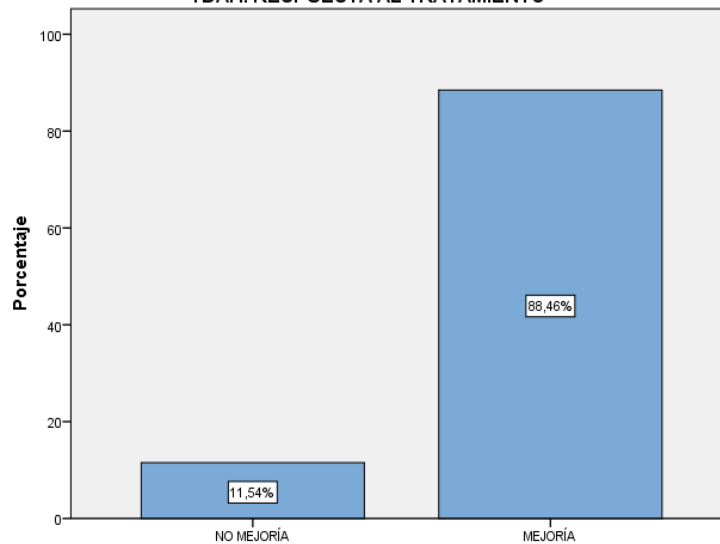
De los 72.2% que si recibieron tratamiento: 63.9% fueron tratados con metilfenidato hidrocloreuro, 2.8% (un paciente) fue tratado con fluoxetina, 5.6% (dos pacientes) fueron tratados con risperidona.

El 88.5% de todos los pacientes tratados mejoraron con el tratamiento, frente a un 11.5% que no mejoraron.

TDAH. TRATAMIENTO RECIBIDO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No reciben tratamiento	10	23.8	27.8	27.8
Válido Metilfenidato hidrocloreuro	23	54.8	63.9	91.7
Flozetina	1	2.4	2.8	94.4
Risperidona	2	4.8	5.6	100.0
Total	36	85.7	100.0	
Perdidos Sistema	6	14.3		
Total	42	100.0		

TDAH. RESPUESTA AL TRATAMIENTO



* COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TDAH Y PACIENTES SIN TDAH

1. *Datos generales, edad y sexo*

Como he comentado anteriormente al inicio de este apartado, de los 102 pacientes de la muestra estudiada, 60 (58.8%) han resultado sin patología mental (5 pacientes; 4.9%) o han sido diagnosticados de otra patología psiquiátrica sin TDAH (55 pacientes; 53.9%); por otro lado, 42 (41.17%) han resultado padecer un trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Si comparamos la variable sexo, de los 102 pacientes estudiados, 70 (68.6%) han resultado ser hombres (38 pacientes (54.28%) sin TDAH asociado; 32 (45.7%) diagnosticados de TDAH) y 32 (31.3%) mujeres (22 pacientes (68.75%) sin TDAH asociado; 10 (31.25%) diagnosticadas de TDAH).

Si comparamos la variable edad, la media de diagnóstico de TDAH en las consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil de nuestro hospital es de 10 años (DE ± 2.858). La media de edad de diagnóstico de otras patologías psiquiátricas (no TDAH) es 11 años (DE ± 4.5).

N	Válidos	55
	Perdidos	0
Media		11,22
Mediana		12,00
Moda		13
Desv. típ.		4,528
Varianza		20,507
Asimetría		-,660
Error típ. de asimetría		,322
Mínimo		1
Máximo		18
Percentiles	25	9,00
	50	12,00
	75	15,00

**DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE
EDAD EN OTRAS PATOLOGÍAS
PSIQUIÁTRICAS (NO TDAH)**

2. Etiopatogenia

- Factor de riesgo genético: De los 42 pacientes con diagnóstico de TDAH, 5 tenían familiares con el mismo diagnóstico. De los 60 pacientes no diagnosticados de TDAH únicamente 1 paciente tenía un familiar (padre) con trastorno de déficit de atención e hiperactividad. En nuestro estudio no se puede afirmar que haya relación estadísticamente significativa entre pacientes con diagnóstico de TDAH y antecedentes familiares de primer y segundo grado de TDAH con un nivel de significación de 0.079 ($p < 0.05$).

		Familiar Con TDAH		Total
		no	si	
TDAH	no	59	1	60
	si	37	5	42
Total		96	6	102

Estadístico exacto de Fisher .079

- Factores de riesgo adquirido: Se han comparado entre pacientes con diagnóstico de TDAH y pacientes no diagnosticados de TDAH diferentes factores de riesgo ambiental. En nuestra muestra podemos afirmar que el presentar dichos factores de riesgo ambiental tiene relación con padecer un trastorno de déficit de atención e hiperactividad con una $p < 0.00$. La prematuridad ($p < 0.31$), el bajo peso al nacimiento ($p < 0.16$) y ser extranjero ($p < 0.29$) han resultado estadísticamente significativos. Por el contrario, no se puede afirmar que haya relación entre TDAH y haber sufrido un traumatismo craneoencefálico en la infancia, ser adoptado, haber nacido en un parto múltiple, haber consumido tóxicos durante el embarazo, haber tenido riesgo de pérdida de bienestar fetal ni haber sufrido encefalopatía hipóxico-isquémica.

		No factor de riesgo		Total
		no	si	
TDAH	no	23	37	60
	si	33	9	42
Total		56	46	102

Chi-cuadrado de Pearson 16,156^a 1 .000

		Bajo Peso Nacimiento		Total
		no	si	
TDAH	no	52	8	60
	si	28	14	42
Total		80	22	102

Chi-cuadrado de Pearson 5,842^a 1 .016

		Prematuro		Total
		no	si	
TDAH	no	54	6	60
	si	31	11	42
Total		85	17	102

Chi-cuadrado de Pearson 4,663^a 1 .031

		Extranjero		Total
		no	si	
TDAH	no	51	9	60
	si	28	14	42
Total		79	23	102

Chi-cuadrado de Pearson 4,755^a 1 .029

3. Otros factores que pueden influir en la presencia de TDAH

- Lactancia recibida en la infancia

Del total de la muestra aproximadamente el mismo número de pacientes recibieron lactancia materna y no materna (mixta y artificial). (56.8% lactancia materna y 43.2% lactancia mixta o artificial).

Los pacientes diagnosticados de TDAH recibieron: 33.3% lactancia materna, 45.2% lactancia mixta o de fórmula, en el 21.5% se desconoce.

Los pacientes no diagnosticados de TDAH recibieron: 73.3% lactancia materna, 6.66% lactancia mixta, ninguno lactancia artificial y el 20% se desconoce.

Con estos datos, se puede concluir que los pacientes diagnosticados de TDAH recibieron más lactancia mixta o artificial en comparación con los no TDAH. Y que, los no diagnosticados de este trastorno fueron alimentados en su mayoría con lactancia materna, al contrario de lo que ocurre con los pacientes con TDAH.

En nuestro estudio podemos afirmar que existe relación entre la alimentación con lactancia materna y el TDAH ($p < 0.00$; para una $p < 0.05$ establecida).

		LactanciaMaterna		Total
		si	no	
TDAH	no	4	44	48
	si	19	14	33
Total		23	58	81
Chi-cuadrado de Pearson		23,322 ^a	1	.000

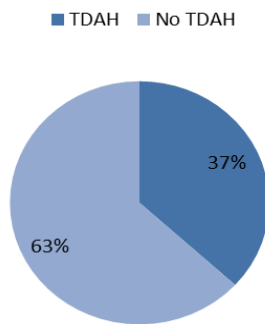
- Alteraciones del sueño

* El 18.6% de los pacientes de nuestra muestra padecen insomnio. De estos, únicamente el 36.8% son niños con TDAH. Podemos afirmar que en nuestro estudio no hay relación entre el insomnio y el TDAH con una $p = 0.67$ ($p < 0.05$).

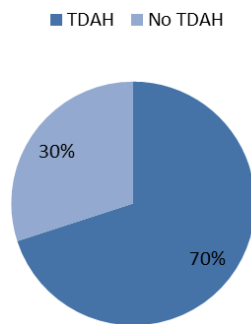
* El 9.8% presenta miedo a dormir sólo. De estos, el 70% son los pacientes diagnosticados de TDAH y el 30% pacientes no TDAH. No podemos afirmar que existan diferencias estadísticamente significativas entre miedo a dormir sólo y TDAH con una $p < 0.085$ ($p < 0.05$; según estadístico exacto de Fisher).

* El 7.8% de la muestra total presenta terrores nocturnos. De estos, el 62.5% son niños diagnosticados de TDAH y el 37.5% no diagnosticados de este trastorno. En nuestro análisis no se observa relación entre terrores nocturnos y TDAH con $p = 0.116$ ($p < 0.05$).

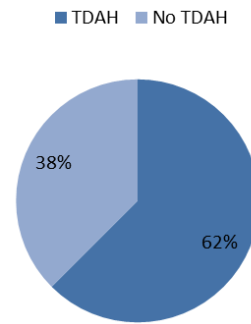
INSOMNIO



MIEDO A DORMIR SOLO



TERRORES NOCTURNOS



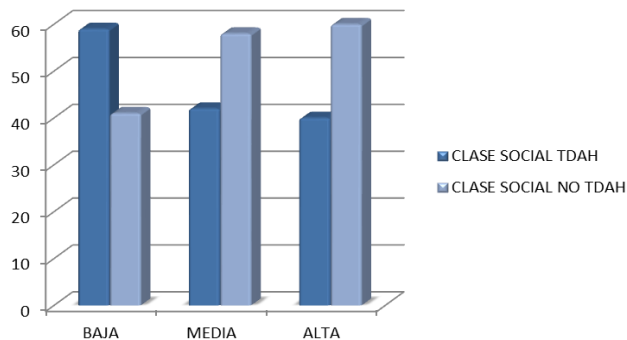
- Clase social

* Baja: 59.3% TDAH, 40.7% no TDAH.

* Media: 42% TDAH; 58% no TDAH.

* Alta: 40% TDAH; 60% no TDAH.

Con estos datos podemos concluir que aparentemente, hay más riesgo para padecer un trastorno de déficit de atención e hiperactividad si se pertenece a una clase social baja.



	Clase Social Baja		Total
	no	si	
TDAH	49	11	60
si	26	16	42
Total	75	27	102
Chi-cuadrado de Pearson			4,957 ^a
			1
			.026

- Entorno familiar

* El 67.6% de los 102 pacientes estudiados vive con el padre y la madre. De ellos, el 40.6% son TDAH y 59.4% son pacientes sanos psíquicamente o con otra patología psiquiátrica diferente al TDAH.

* El 66.67% de los pacientes diagnosticados de TDAH y el 69.3% de los pacientes no diagnosticados de TDAH tienen un correcto entorno familiar. Podemos afirmar que en nuestro estudio no hay relación estadísticamente significativa entre el entorno familiar y el TDAH (p 0.324; para una p<0.05).

* De los pacientes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad: el 14.3% únicamente vive con la madre, el 7.1% vive en régimen de visitas con padre y madre, el 2.4% vive con el padre, el mismo tanto por ciento vive con la madre y la pareja de ésta y también el 2.4% son adoptados.

4. Factores co-mórbidos o de vulnerabilidad que pueden acompañan al TDAH

- De los 61 pacientes que no presentaron factores co-mórbidos, 75% eran pacientes no diagnosticados de TDAH frente al 25% que eran pacientes diagnosticados de TDAH. Podemos afirmar que el presentar factores co-mórbidos tiene relación con el trastorno a estudio con una significación de 0.005 ($p < 0.05$).

- Los factores que han resultado más frecuentes en el grupo de TDAH frente a los no diagnosticados de TDAH son: familia numerosa (83.3% frente a 16.6%), padre alcohólico, drogadicto, delincuente o en paro (80% frente a 20%) y madre con trastorno mental (75% frente a 25%).

- Podemos afirmar que hay relación estadísticamente significativa entre pertenecer a una familia numerosa y TDAH con $p = 0.039$ (estadístico exacto de Fisher) y entre tener un padre delincuente, alcohólico o en paro y un trastorno por déficit de atención e hiperactividad con una $p = 0.014$ (estadístico exacto de Fisher).

		Factores Comorbidos		Total
		no	si	
TDAH	no	43	17	60
	si	18	23	41
Total		61	40	101
Chi-cuadrado de Pearson			7,849 ^a	1

.005

5. Retraso motor y del lenguaje

Podemos afirmar que existe relación entre el TDAH y el retraso motor con una $p = 0.000$ (estadístico exacto de Fisher). Sin embargo no podemos decir que exista asociación entre este trastorno y el retraso del lenguaje.

		Retraso Motor		Total
		no	si	
TDAH	no	60	0	60
	si	33	9	42
Total		93	9	102
Estadístico exacto de Fisher			.000	

6. Problemas sociales

- En el colegio

* El 80.4% de los pacientes de la muestra ha presentado problemas en el colegio.

* El 19.6% de los pacientes no han tenido problemas escolares. De éstos, el 95% son pacientes no diagnosticados de TDAH.

* 41 niños de 42 diagnosticados de TDAH (97.6%) ha presentado algún problema en el colegio. 41 de los 55 niños escolarizados no diagnosticados de TDAH (74.54%) ha presentado problemas escolares.

* Podemos afirmar que los problemas en el colegio están relacionados con el diagnóstico de TDAH con una significación $p=0.00$.

* De los problemas escolares estudiados, los más relevantes en los niños con TDAH frente a los no TDAH son: se distraen (81.3%), se portan mal (68.8%) y tienen dificultad de aprendizaje (75%).

* Podemos asegurar que hay relación estadísticamente significativa entre el déficit de atención y el TDAH ($p=0.01$) y entre “portarse mal” y TDAH ($p=0.025$). Sin embargo no podemos relacionar la dificultad en el aprendizaje con el trastorno a estudio.

		ProblemasColegio		Total
		no	si	
TDAH	no	19	37	56
	si	1	41	42
Total		20	78	98
Chi-cuadrado de Pearson		14,705 ^a	1	.000

		SeDistraen		Total
		no	si	
TDAH	no	52	3	55
	si	29	13	42
Total		81	16	97
Chi-cuadrado de Pearson		11,240 ^a	1	.001

		SePortanMal		Total
		no	si	
TDAH	no	50	5	55
	si	31	11	42
Total		81	16	97
Chi-cuadrado de Pearson		5,055 ^a	1	.025

- En domicilio

- * El 48% de los pacientes analizados ha presentado problemas en el domicilio.
- * El 52% de los pacientes no han tenido problemas con la familia. De éstos, el 73.6% son pacientes no diagnosticados de TDAH.
- * 28 niños de 42 diagnosticados de TDAH (66.66%) ha presentado algún problema en casa. 21 niños de los 60 no diagnosticados de TDAH (35%) ha presentado problemas con la familia.
- * Podemos afirmar que hay relación estadísticamente significativa entre los problemas en el domicilio y el TDAH con una $p=0.02$.
- * De los problemas estudiados, los más relevantes en los niños con TDAH frente a los no TDAH son: no atiende a normas (100% frente a los no TDAH), agresividad (61.5%) y rivalidad fraternal (66.7%).
- * Podemos asegurar que hay relación entre no atender a normas y TDAH ($p=0.026$; estadístico exacto de Fisher). No hay relación entre agresividad y rivalidad fraternal con el trastorno de déficit de atención e hiperactividad por ser variables independientes.

- Adaptación social

- * El 70.6% de la muestra dice tener amigos y estar socialmente adaptados. Tanto los pacientes diagnosticados de TDAH como los sanos y diagnosticados de otra patología psiquiátrica dicen tener amistades en un tanto por ciento similar.
- * De los 42 pacientes con diagnóstico de TDAH el 76.2% dicen tener una vida social adaptada, frente al 19% que al parecer no tienen amistades. De forma similar actúan los pacientes no diagnosticados de TDAH.
- * Podemos asegurar que en nuestro estudio no existe relación estadísticamente significativa entre la desadaptación social (considerada como falta de amistades) y el TDAH por ser variables independientes.

VI. DISCUSIÓN

La patología psiquiátrica infanto-juvenil es un problema de salud mundial, y aunque se sabe que la prevalencia cambia según la población a estudio, se habla de un 3-22% de niños o jóvenes con patología mental incapacitante en el mundo⁴⁻⁵. En España la prevalencia de este tipo de trastornos se sitúa en un 20%⁵³. En nuestro estudio no es posible calcular la prevalencia en la población general, dado que tenemos una muestra limitada únicamente a los casos incidentes de patología psiquiátrica, sin poder extrapolar los resultados a la población general. No obstante, sí podemos hablar de incidencia. Si consideramos que nuestro hospital cubre un área de salud de aproximadamente 300.000 habitantes, podemos considerar una tasa de incidencia puntual en los cinco primeros meses del año 2015 de 0.034%.

Al hablar de la distribución de patología mental infanto-juvenil por sexo, diferentes estudios coinciden en que la mayoría de los trastornos que comienzan en la niñez son más prevalentes en los hombres, mientras que los que comienzan en la adolescencia son más prevalentes en las mujeres³¹. Esto coincide con los datos obtenidos en este estudio donde se ha observado una media de edad de patología mental en hombres de 10 años (infancia) y 12 años (adolescencia) en las mujeres.

En cuanto al motivo de derivación al especialista en salud mental, varios estudios aseguran que el más prevalente es el trastorno de la conducta⁵³ siendo el TDAH una de las causas más frecuentes de consulta debido a que presentan problemas de conducta¹². Este dato es concordante con nuestra investigación, ya que el motivo más frecuente de derivación ha sido la sospecha de TDAH (29.4%), seguido de trastornos del comportamiento (26.4%; considerados como: problemas con el grupo primario de apoyo, en el colegio o sociales, autolesiones, problemas del comportamiento en general y agresividad).

Existe evidencia científica de que en personas con determinados factores de riesgo la intervención precoz por parte de los profesionales sanitarios y la asistencia social y/o comunitaria pueden evitar trastornos psicosociales graves. Son considerados factores de vulnerabilidad la enfermedad psiquiátrica en los padres, el consumo de tóxicos, vivir en un entorno de familia monoparental, las adversidades familiares, el maltrato infantil y el bajo nivel socioeconómico entre otros⁵³. En nuestra muestra el 59.8% de los niños y adolescentes no presentaron ninguno de estos factores de riesgo aún a pesar de que el 95% presentaba algún tipo de patología mental, esto podría deberse a que los

datos se recogieron de la Historia Clínica registrada por profesionales médicos en su práctica clínica habitual, pudiendo faltar algunos de estos datos. Las adversidades familiares fueron el factor ambiental más frecuentemente encontrado, considerado como “peleas de los padres” en un 13.7%, “padres separados” en un 12.74%, “padre alcohólico, delincuente o en paro” en un 9.8%, “familia numerosa” en un 5.88% y “abandono por parte del padre” en un 2.9%. En un 3.96% de los niños se objetivó “enfermedad psiquiátrica” en los padres (concretamente en la madre) y en un 42.85% “clase social baja”.

Como digo, uno de estos factores vulnerables es el consumo de tóxicos, siendo el cannabis el que se asocia a mayor riesgo de desarrollar patologías psiquiátricas graves⁵³. Según el "Informe de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)" el 30,5% de los adolescentes españoles de 14 a 18 años referían haberlo consumido alguna vez en el último año, y un 20,1% en el último mes⁵⁴. Del total de nuestra muestra a estudio (niños y adolescentes) únicamente el 12.3% fumaba y el mismo tanto por ciento consumía alcohol. El 4.9% consumía cannabis y el 1.2% era consumidor habitual de cocaína. Observándose una edad de consumo de tóxicos entre los 8 y los 16 años. Estos bajos porcentajes en comparación con otros estudios podrían deberse a que nuestra muestra está compuesta de pacientes adolescentes, pero también de pacientes con una edad tan temprana que no son susceptibles de consumo de tóxicos.

En diferentes culturas los trastornos neuro-psiquiátricos son las principales causas de discapacidad en jóvenes⁸, siendo el TDAH y los trastornos de conducta las patologías más prevalentes¹⁰. En España las patologías psiquiátricas más frecuentes son, por este orden, el TDAH y la ansiedad⁵³, coincidiendo con los resultados de nuestra muestra a estudio donde las patologías más frecuentemente diagnosticadas por parte del servicio de Psiquiatría fueron, según incidencia: TDAH (41.17%) y ansiedad (16.66%).

En diferentes estudios hablan del TDAH como la patología neuro-conductual más frecuente en la infancia, y en los últimos estudios epidemiológicos dan una prevalencia entorno al 20%⁸. En nuestro estudio la incidencia puntual de pacientes diagnosticados de TDAH en el servicio de Psiquiatría fue del 41.18%. Una incidencia mayor de lo esperado y que nos hace plantearnos un sobre-diagnóstico.

En cuanto a la variable género, en uno de los artículos revisados estimaron una prevalencia cada vez más similar en ambos sexos⁷, aunque de forma general se acepta comúnmente que es un trastorno más frecuente en varones que en mujeres, con rangos que oscilan entre 2,5:1 a 5,6:1¹³. Estos datos son concordantes con los de nuestro análisis, viéndose una mayor prevalencia en los hombres que en las mujeres, con un rango de 3.2:1. Se habla del predominio de la característica hiperactividad en hombres y del déficit de atención en mujeres^{7,11,47}, cumpliéndose en nuestro estudio el predominio de varones con trastorno de hiperactividad y observándose una proporción de mujeres con trastorno de déficit de atención mayor que la de los hombres.

Si hablamos de la variable edad, la media de diagnóstico de TDAH en las consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil de nuestro hospital es de 10 años, sin embargo, en otros artículos revisados sitúan la media de edad de diagnóstico bastante antes, a la edad de 4-5 años¹⁴. Esto podría deberse al pequeño tamaño muestral estudiado. No obstante, deberíamos plantearnos si se está realizando una correcta detección de dicho trastorno desde Atención Primaria. La edad media de diagnóstico de TDAH en niños ha sido a los 9.6 años (DE \pm 2.8) y la de las niñas a los 11.4 años (DE \pm 2.7), dato que se ajusta a lo observado en otros estudios, donde refieren un infra-diagnóstico de TDAH en niñas¹¹, detectándose de forma más tardía.

En cuanto a la clínica de este trastorno, los datos o conductas que se toman en consideración para valorar un TDAH van desde la normalidad hasta la patología, aunque los síntomas nucleares son: la inatención, la hiperactividad y la impulsividad¹¹. Considerando estos tres síntomas clave, podemos dividir el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en combinado, hiperactivo-impulsivo (el menos frecuente) e inatento⁴⁷. Esto coincide con nuestro estudio, en el que el 64.3% fue catalogado como trastorno combinado, el 31% como trastorno por déficit de atención y únicamente el 4.8% como trastorno de hiperactividad.

No obstante, el TDAH tiene diferente expresión según la edad y el sexo de los pacientes, pudiendo presentar entre otros, alteraciones del sueño, retraso motor o del lenguaje y diferentes trastornos psicosociales⁷. He querido comprobar la existencia o no de relación entre TDAH y estas diferentes expresiones clínicas en nuestra muestra. Tras realizar el análisis de datos, puedo afirmar que no hay relación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad con las alteraciones en el sueño (insomnio, terrores nocturnos o miedo a dormir solo) ni el retraso del lenguaje. Existiendo, sin embargo, relación entre este trastorno y el retraso motor en nuestra muestra.

La alteración psicosocial que pueden experimentar estos pacientes, ha sido clasificada en este trabajo en problemas escolares, problemas familiares y problemas para establecer amistades.

* En cuanto al comportamiento en el colegio, cabe tener en cuenta que los niños con TDAH presentan más dificultades de aprendizaje que el resto de la población infantil, siendo este hecho uno de los principales motivos de consulta y de fracaso escolar⁴⁸. Esto concuerda con mi estudio, en el que el 97.6% de los pacientes diagnosticados de TDAH frente al 74.54% de los pacientes sin diagnóstico de TDAH ha presentado algún problema en el colegio. De esta manera, puedo afirmar que los problemas escolares si están relacionados con el diagnóstico de TDAH, existiendo relación estadísticamente significativa entre déficit de atención y mal comportamiento con el TDAH. Sin embargo no podemos relacionar la dificultad en el aprendizaje con el trastorno a estudio, posiblemente debido a no haberse reflejado correctamente en la Historia Clínica, habiendo plasmado en mayor medida otros problemas en el colegio más llamativos.

* Los problemas en la relación familiar son más frecuentes en familias de niños con TDAH²⁷. Este dato coincide con los obtenidos en nuestro estudio, donde se ha observado relación estadísticamente significativa entre los problemas en el domicilio y el TDAH, pudiendo asegurar relación entre no atender a normas y TDAH. Sin embargo, no hay relación entre agresividad y rivalidad fraternal con el trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Esto puede ser debido a que casi la totalidad de la muestra presenta un trastorno mental que posiblemente se relacione también con la agresividad y la rivalidad fraternal en el domicilio.

* Por otro lado, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la desadaptación social (considerada como falta de amistades) y el TDAH, debiéndose posiblemente a que la mayoría de los pacientes, todos con patología psiquiátrica, presenten una adaptación social.

El retraso motor y del lenguaje está relacionado con el TDAH en la mayoría de los estudios, considerándolos bien factores vulnerables, bien factores acompañantes. En nuestro estudio sí se ha podido comprobar relación estadísticamente significativa entre el trastorno motor y el TDAH, aunque el retraso del lenguaje no ha presentado diferencias.

No he encontrado en la revisión bibliográfica datos al respecto de los antecedentes médicos relacionados con el TDAH, pero he de decir que en nuestro estudio únicamente el 9.52% de los niños diagnosticados de TDAH eran niños sanos sin

ningún antecedente médico diagnosticado. La patología médica más frecuente en estos niños la dermatitis atópica (28.57%) y la hipertrofia adenoidea (23.8%) y en la muestra general estudiada, el 14.7% no presentó antecedentes médicos, siendo la patología previa más frecuentemente diagnosticada la dermatitis atópica (24.51%) y la alergia e hipertrofia adenoidea (14.7%).

En la actualidad se desconocen las causas directas e inmediatas del TDAH. Existiendo diferentes teorías que intentan explicar el origen de este trastorno. Por un lado está el TDAH como cuadro orgánico, con origen en deficiencias anatómico-biológicas que afectan preferentemente a ciertas estructuras cerebrales⁷. Otros estudios apoyan la teoría genética, demostrando la heredabilidad autosómica dominante del trastorno^{7 y 20} y afirmando un riesgo de hasta el 60% de padecer TDAH en personas con hermanos diagnosticados de este trastorno⁵⁷. La otra teoría que apoyan diversos artículos revisados es la presencia de factores neurobiológicos no genéticos como génesis del TDAH (prematuridad, encefalopatía hipóxico-isquémica y bajo peso al nacimiento²², partos múltiples⁷, consumo de tabaco, alcohol, heroína y cocaína durante la gestación²³⁻²⁴, exposición intrauterina a sustancias como el plomo y el zinc²⁵, traumatismos craneoencefálicos moderados y graves en la primera infancia, así como padecer infecciones del sistema nervioso central²⁶).

Si nos referimos al TDAH como cuadro orgánico, en nuestro estudio, únicamente se realizó prueba de imagen cerebral a un 19% de los pacientes diagnosticados de TDAH, y de éstos, sólo un 5.88% presentaron alteraciones. Debido a la escasa muestra de pruebas de imagen de la que disponemos, no podemos asegurar que haya relación entre alteración cerebral y padecer un trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

En base a la genética, podemos decir que en este estudio únicamente el 13% de los pacientes diagnosticados de TDAH tenían antecedentes familiares de primer o segundo grado de dicho trastorno. Según el análisis realizado no se puede afirmar que haya relación entre pacientes con diagnóstico de TDAH y antecedentes familiares de primer y segundo grado de TDAH. Esto podría ser debido a que en muchos de los familiares no se hubiese realizado el diagnóstico.

Sin embargo, sí podemos afirmar relación entre presentar factores de riesgo ambiental y padecer un trastorno de déficit de atención e hiperactividad. La prematuridad, el bajo peso al nacimiento y ser extranjero han resultado estadísticamente significativos. Por el contrario, no se puede afirmar que haya relación entre TDAH y haber sufrido un

traumatismo craneoencefálico en la infancia, ser adoptado, haber nacido en un parto múltiple, haber consumido tóxicos durante el embarazo, haber tenido riesgo de pérdida de bienestar fetal ni haber sufrido encefalopatía hipóxico-isquémica.

Otros factores de vulnerabilidad no neurobiológicos para padecer TDAH según otros estudios⁷ son:

- Factores dietéticos como es el tipo de alimentación siendo motivo de polémica sin que por el momento existan estudios concluyentes que los relacionen con el TDAH³⁰. En nuestro estudio hemos encontrado relación entre los pacientes alimentados con lactancia materna en la infancia y el TDAH. Podemos decir que la alimentación con lactancia materna está relacionada con no padecer un trastorno de déficit de atención e hiperactividad.
- Baja clase social. En este estudio 59.3% de los pacientes diagnosticados con TDAH presentan una clase baja social frente a un 40.7% de pacientes no diagnosticados de dicho trastorno. Al contrario ocurre con la clase social alta, donde únicamente un 40% de los TDAH pertenecen a este grupo frente a un 60% de pacientes sin TDAH. De esta manera podemos afirmar que hay más riesgo para padecer un trastorno de déficit de atención e hiperactividad si se pertenece a una clase social baja.
- Familia numerosa, padre alcohólico, delincuente o en paro. En nuestro estudio podemos afirmar la existencia de relación estadísticamente significativa entre pertenecer a una familia numerosa y tener un padre delincuente, alcohólico o en paro con un trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Uno de los factores ambientales que he querido analizar, ya que en muchos de los estudios hablan de un entorno familiar desadaptado como riesgo de padecer TDAH, es la existencia o no de relación entre entorno de la vivienda familiar y trastorno de déficit de atención e hiperactividad. El 66.67% de los pacientes diagnosticados de TDAH y el 69.3% de los pacientes no diagnosticados de TDAH tienen un modelo de vivienda biparental. En este estudio no he encontrado relación estadísticamente significativa entre el entorno familiar y el TDAH.

En varios estudios se habla de la existencia de unos factores llamados co-mórbidos que frecuentemente acompañan al TDAH. El estudio realizado en Suecia mostró que el 87% de niños que cumplían todos los criterios de TDAH tenían, por lo menos, un diagnóstico comórbido³². Entre los más frecuentes se encuentran el trastorno negativista desafiante, y los trastornos de aprendizaje, los trastornos por tics y los trastornos de ansiedad³⁵.

Según un estudio³⁵, entre el 30 y 60% de los pacientes con TDAH presentaban un trastorno del sueño, el 35% presentaba un inicio tardío del habla, un 52% retraso en la coordinación motora, hasta el 26% presentaban un trastorno generalizado del desarrollo, entre el 40 y 60% un trastorno negativista desafiante, un 14.3% un trastorno disocial y entre el 8 y 39% un trastorno de la lectura. En nuestro estudio, de los pacientes diagnosticados de TDAH, un 28.57% presentaron trastornos del sueño, un 23.8% presentó un retraso del lenguaje, 21.4% retraso de la coordinación motora, 16.6% presentaron un trastorno generalizado del desarrollo, 7.14% tenían una actitud negativista desafiante y 4.76% presentaron un trastorno del aprendizaje y el mismo porcentaje un trastorno disocial. En todos los casos el porcentaje de nuestro estudio está por debajo de lo esperado en comparación con otros estudios salvo en el caso de los trastornos del sueño que concuerda con otros estudios. Esto puede ser debido al pequeño tamaño muestral.

Un dato obtenido del estudio que me ha parecido relevante es que, el 83.3% de los 30 pacientes derivados desde diferentes áreas de la salud como posible TDAH fueron diagnosticados finalmente de este trastorno por parte del Servicio de Psiquiatría, pudiendo decir que la mayor parte de los derivados como posible TDAH cumplían los criterios necesarios para ser diagnosticados de este síndrome.

Otra pregunta relevante es la tasa de aciertos por parte de Atención Primaria. El 79.2% de los pacientes derivados como posible TDAH desde el centro de salud cumplían criterios de dicha patología. Esto es interesante desde el punto de vista de la prevención y diagnóstico precoz desde Atención Primaria, y por ello uno de los objetivos planteados en el estudio. Aunque es un elevado número de aciertos, considero que sería importante realizar una exhaustiva educación en la detección de casos de este trastorno por parte de los profesionales de la salud en la Atención Primaria, ya que estos son los que realizan el seguimiento día a día del paciente y por tanto, los que tienen que estar alerta para realizar un diagnóstico precoz que conllevará una clara mejoría de estos pacientes en diferentes ámbitos de la vida diaria y prevendrá a los niños de un riesgo de desadaptación posterior.

En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad fueron tratados con metilfenidato-hidrocloruro y de estos, el 85% demostraron mejoría con el tratamiento. Estos datos concuerdan con los de otros estudios, donde se refieren a este tipo de tratamiento como el más utilizado desde

hace años en el mundo y concretamente en España, demostrando evidencia científica de mejoría tanto en el colegio como en el domicilio¹¹.

En cuanto a las limitaciones de nuestro estudio podemos decir que los resultados del mismo se centran en un ámbito reducido (únicamente las consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”) por lo que hemos obtenido un tamaño muestral limitado. Se han analizado los casos derivados a consultas de atención especializada, sin valorar los aquellos atendidos en Atención Primaria. Por tanto extrapolaciones a la población general deben ser cuidadosamente interpretadas y valoradas.

Los pacientes sin diagnóstico de TDAH son en su mayoría (95%) pacientes con trastornos mentales, por lo que la comparación entre los pacientes con diagnóstico de TDAH y los pacientes sin diagnóstico de TDAH podría estar sesgada.

Respecto a la recogida de información, la fuente corresponde a Historias Clínicas en formato papel y en formato electrónico, llevada a cabo por los médicos en su atención clínica diaria. Esto podría provocar una posible variabilidad en la recogida de los datos, influyendo en la validez interna del estudio.

En España no se han llevado a cabo estudios de epidemiología descriptiva de los trastornos mentales de la infancia y adolescencia, únicamente se han realizado encuestas comunitarias en diferentes áreas geográficas⁵³. Aún se desconocen muchos de los aspectos de la patología psiquiátrica infanto-juvenil, y más concretamente del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Esto crea la necesidad de realizar más análisis y estudios que nos permitan conocer ampliamente dichas patologías mentales para así, poder actuar de forma precoz sobre ellas, mejorando la calidad de vida de los pacientes y los aspectos económicos y socio-sanitarios que conllevan estas enfermedades.

VII. CONCLUSIONES

Los objetivos planteados tienen una doble vertiente, por un lado, en el nivel de la atención especializada, determinar las características descriptivas y epidemiológicas que presentan los niños y jóvenes con patología psiquiátrica, y más concretamente un trastorno de déficit de atención e hiperactividad para ayudar en el planteamiento correcto del diagnóstico y tratamiento de las mismas y por otro lado, en el nivel de la atención primaria, reforzar las habilidades de los profesionales para el diagnóstico precoz de estos trastornos, definiendo los criterios diagnósticos y de derivación a Psiquiatría, para así potenciar la coordinación entre ambos niveles.

1. En cuanto a las características generales de la muestra, cabe destacar varios aspectos. Existe una mayor incidencia de patología psiquiátrica infanto-juvenil en hombres que en mujeres. La media de edad global de diagnóstico ha sido 11 años, siendo menor en los niños que en las niñas. Las adversidades familiares fueron el factor de vulnerabilidad para padecer enfermedad mental más frecuentemente encontrado en la muestra. Un bajo porcentaje de pacientes consumía tóxicos. El motivo más frecuente de derivación a consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil es la sospecha de TDAH.

2. Debemos resaltar diferentes aspectos referentes al trastorno de déficit de atención e hiperactividad, ya que ha sido la patología psiquiátrica más incidente en nuestra muestra, presentándose más frecuentemente en los varones que en las mujeres en un rango 3:1. La edad media de diagnóstico ha sido 10 años, con un diagnóstico más temprano en los niños que en las niñas. En proporción, el rasgo hiperactivo es más característico del sexo masculino, siendo el rasgo inatento más frecuentemente observado en las mujeres. El TDAH de tipo combinado es con diferencia, el más frecuente, seguido del tipo inatento y observándose de forma casi inexistente el tipo hiperactivo-impulsivo. La clínica relacionada con este trastorno puede ser muy variada, resultando estadísticamente significativa la presencia de retraso motor. Los problemas escolares están claramente relacionados con el TDAH, observándose relación significativa con el déficit de atención y el mal comportamiento en clase. Se ha demostrado una relación entre los problemas familiares considerados como falta de cumplimiento de las normas en domicilio y el trastorno a estudio. No se ha podido demostrar una base genética ni biológica como etiología del TDAH. Sin embargo, sí ha resultado estadísticamente significativa la presencia de factores neurobiológicos no genéticos como génesis del trastorno, encontrando diferencias significativas con la

prematuridad, el bajo peso al nacimiento y el ser extranjero. Además, pertenecer a una clase social baja, tener un padre alcohólico, delincuente o en paro y pertenecer a una familia numerosa son factores de riesgo claramente relacionados con el TDAH. La lactancia materna en la infancia podría ser considerada como factor protector frente al TDAH. No se ha observado relación entre el trastorno a estudio y el modelo de convivencia biparental/monoparental. De los factores conocidos como trastornos comórbidos que acompañan al TDAH, los más frecuentes en nuestro estudio han sido, por este orden: los trastornos del sueño, retraso del lenguaje y de la coordinación motora, trastorno generalizado del desarrollo, actitud negativista desafiante, trastorno del aprendizaje y trastorno disocial. La mayoría de los pacientes con diagnóstico de TDAH han sido tratados con metilfenidato-hidrocloruro, demostrando mejoría clínica evidente.

3. La patología psiquiátrica infanto-juvenil tiene un gran impacto negativo en la calidad de vida, por lo que no debería infra-estimarse el diagnóstico y la valoración de la misma por parte del profesional médico.

Nuestro estudio nos ha permitido hacer una valoración de los casos que han sido derivados desde el ámbito de la Atención Primaria, pudiendo valorar si el diagnóstico emitido por su parte se ha corroborado más tarde por parte del servicio de Psiquiatría. Podemos afirmar que la mayoría de los pacientes remitidos desde el centro de salud fueron realmente diagnosticados de TDAH por parte del servicio de Psiquiatría.

4. Con los datos obtenidos, creemos que es importante seguir investigando y realizando estudios que determinen las características de las patologías mentales más frecuentes en la infancia, principalmente del TDAH, del cual aún desconocemos muchas de las características, etiología y factores de riesgo. Todo esto nos ayudaría a ejercer un diagnóstico y tratamiento precoz, disminuyendo así los problemas asociados.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Costello, EJ; Egger, H; Angold, A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2005; 44: 972-986.
2. Rutter, M and Stevenson, J. Using epidemiology to plan services: A conceptual approach. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, Fifth Ed. September, 2008; pp. 71- 80.
3. Ford, T. Practitioner review: How can epidemiology help us plan and deliver effective child and adolescent mental health services? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008; 49:900-914.
4. Patel, V; Flisher, AJ; Hetrick, S; McGorry, P. Mental health of young people: a global public health challenge. *Lancet*. April, 2007; 369:1302-1313.
5. Costello, EJ. Preventing child and adolescent mental illness: The size of the task. In reducing risks child and adolescent mental disorders. Institute of Medicine of the National Academies. *The National Academies Press*. Washington DC, 2008.
6. WHO. Caring for children and adolescents with mental disorders: Setting WHO directions. Geneva (Switzerland): *WHO*. 2003; pp.1-27
7. Pascual-Castroviejo I. Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Asociación Española de Pediatría. Madrid. Protocolos actualizados. 2008.
8. OMS, 2015. <http://www.who.int>
9. Espín Jaime, JC y Belloso Roper, JJ. Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el periodo de un año. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Madrid, 2009, vol. XXIX, nº 104, pp. 329-354.
10. APA. DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV Texto revisado. Barcelona, Masson; 2001.

11. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS N° 2007/18.
12. Barkley, RA. The Nature of ADHD. History. En: Barkley RA, editor. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment. 3ª ed. London: The Guilford Press; 2006. pp. 3-75.
13. Criado Álvarez, JJ y Romo, BC. Variability and tendencies in the consumption of methylphenidate in Spain. An estimation of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder. *Revista de Neurología*. November, 2003; 37:806-10.
14. Bonati, M and Clavenna, A. The epidemiology of psychotropic drug use in children and adolescents. *International Review of Psychiatry* . June, 2005; 17:181-188.
15. Shaw, P; Eckstrand, K; Sharp, W. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. USA 2007; 104:19649-19654.
16. Shaywitz, BA; Klopper, JH; Gordon, JW. Methylphenidate in 6-hydroxydopamine-treated developing rat pups. Effects on activity and maze performance. *Archivos de Neurología*. 1978; 35:463-469.
17. Seidman, LJ; Valera, EM; Makris, N. Structural brain imaging of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*. 2005; 57:1263-1272.
18. Bush, G; Valera, EM; Seidman, LJ. Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: A review and suggested future directions. *Biological Psychiatry*. 2005; 57:1273-1284.
19. Pliszka, SR; Glahn, DC; Semrud-Clikeman, M; Franklin, C; Perez, R; Xiong, J; et al. Neuroimaging of inhibitory control areas in children with attention deficit

hyperactivity disorder who were treatment naive or in long-term treatment. *The American Journal of Psychiatry*. 2006; 163:1052-1060.

20. Faraone, SV; Perlis, RH; Doyle, AE; Smoller JW, Goralnick, JJ; Holmgren, MA; et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*. 2005; 57:1313-1323.

21. Ribases, M; Hervás, A; Ramos-Quiroga, JA; Bosch, R; Bielsa, A; Gastaminza, X; et al. Association study of 10 genes encoding neurotrophic factors and their receptors in adult and child attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*. 2008; 63:935-945.

22. Botting, N; Powls, A; Cooke, RW; Marlow, N. Attention deficit hyperactivity disorders and other psychiatric outcomes in very low birthweight children at 12 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1997; 38: 931-941.

23. Linnert, KM; Dalsgaard, S; Obel, C; Wisborg, K; Henriksen, TB; Rodríguez, A; et al. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: Review of the current evidence. *The American Journal of Psychiatry*. 2003; 160:1028-1040.

24. Ornoy, A; Segal, J; Bar-Hamburger, R; Greenbaum, C. Developmental outcome of school-age children born to mothers with heroin dependency: Importance of environmental factors. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2001; 43:668-675.

25. Tuthill, RW. Hair lead levels related to children's classroom attention-deficit behavior. *Archives of Environmental Health An International Journal*. 1996; 51:214-220.

26. Millichap, JG. Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2008; 121:358-365.

27. Biederman, J; Faraone, SV; Monuteaux, MC. Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. *The American Journal of Psychiatry*. 2002; 159:1556-1562.

28. Lehn, H; Derks, EM; Hudziak, JJ; Heutink, P; van Beijsterveldt, TC; Boomsma, DI. Attention problems and attention-deficit/hyperactivity disorder in discordant and concordant monozygotic twins: Evidence of environmental mediators. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007; 46:83-91.
29. Thapar, A; Harold, G; Rice, F; Langley, K; O'Donovan, M. The contribution of gene-environment interaction to psychopathology. *Development and Psychopathology*. 2007; 19:989-1004.
30. McArdle, P. Attention-deficit hyperactivity disorder and life-span development. *The British Journal of Psychiatry*. 2004; 184:468-469.
31. De la Barra, F; Vicente, B; Saldivia, S; Melipillán, R. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes Chile*, 2012; 23:521-529.
32. Kadesjo, B and Gillberg, C. The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2001; 42:487-492.
33. Jensen, PS; Martin, D; Cantwell, DP. Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997; 36:1065-1079.
34. MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Archives of General Psychiatry*. 1999;5 6:1073-1086.
35. Barkley, RA. Symptoms, diagnosis, prevalence and gender differences. In: Barkley RA, editor. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for diagnosis and treatment. 3ª ed. London: The Gilford Press; 2006, pp. 77-121.
36. Franco, C y Arango, C. Prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes. *Monografías de Psiquiatría*. 2004, vol. XVI, nº 3, pp. 19-27.

37. Jara Segura, AB. El TDAH, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en las clasificaciones diagnósticas actuales (C.I.E. 10, D.S.M.IV-R y C.F.T.M.E.A.-R 2000). *Norte de Salud Mental*. 2009, nº 35, pp. 30-40.
38. Vázquez, J; Cárdenas, EM; Fera, M; Benjet, C; Palacios, L; De la Peña, F. Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Múñiz. México, 2010.
39. Barkley, RA and Cox, D. A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. *Journal of Safety Research*. 2007; 38:113-128.
40. Mannuzza, S; Klein, RG; Bessler, A; Malloy, P; LaPadula, M. Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of general psychiatry*. 1993; 50:565-576.
41. Mannuzza, S, Klein, RG; Bessler, A; Malloy, P; LaPadula, M. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *The American Journal of Psychiatry*. 1998; 155:493-498.
42. Mannuzza, S; Klein, RG; Bessler, A; Malloy, P; Hynes, ME. Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997; 36:1222-1227.
43. Mannuzza, S; Klein, RG; Bonagura, N; Malloy, P; Giampino, TL; Addalli, KA. Hyperactive boys almost grown up. V. Replication of psychiatric status. *Archives of general psychiatry*. 1991; 48:77-83.
44. Mannuzza S, Klein RG, Addalli KA. Young adult mental status of hyperactive boys and their brothers: a prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1991; 30:743-751.
45. Faraone, SV; Biederman, J; Mennin, D; Russell, R; Tsuang, MT. Familial subtypes of attention deficit hyperactivity disorder: A 4-year follow-up study of children from antisocial-ADHD families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1998; 39:1045-1053.

46. Schlander, M. Impact of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on prescription drug spending for children and adolescents: Increasing relevance of health economic evidence. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. November 2007; 1:13.
47. 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. *The American Journal of Psychiatry*. 2002; 159:36-42.
48. Spencer, TJ. ADHD and Comorbidity in Childhood. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007; 67(Suppl 8):27-31.
49. Mick, E; Biederman, J; Faraone, SV; Sayer, J; Kleinman, S. Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002; 41:378-385.
50. Sonuga-Barke, EJ. Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: from common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological Psychiatry*. 2005; 57:1231-1238.
51. Dopfner, M; Rothenberger, A; Sonuga-Barke, E. Areas for future investment in the field of ADHD: Preschoolers and clinical networks. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2004; 13 (Suppl 1):1130-1135.
52. National Institute for Health and Clinical Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. Great Britain: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist; 2009.
53. Bofill Moscardó, I; Fernández Corchero, A; Villegas Briz, MA; García del Moral, F; Hjano Bandera, F. Child Psychiatry: Prevalent conditions in Primary care, approach and treatment. *Revista Pediatría Atención Primaria*. Madrid, 2010; 12(supl.19):93-106.

54. Fernández Alonso, MC; Buitrago Ramírez, F; Ciurana Misol, R; Chocrón Bentata, J; Carcía Campayo, C; Montón Franco, MJ. Grupo de Prevención de Salud Mental del PAPPS. Prevención de los trastornos de la salud mental. *Revista Atención Primaria*. 2007; 39(Suplemento 3):88-108.
55. Roberts, RE; Attkisson, CC; Rosenblatt, A. "Prevalence of Psychopathology Among Children and Adolescents". *The American Journal of Psychiatry*. Junio, 1998. 155:715-725.
56. Smalley, SL; Kustanovich, V; Minassian, SL; Stone, JL; Ogdie, MN, McGough, JJ; et al. Genetic linkage of attention-deficit/hyperactivity disorder on chromosome 16p13, in a region implicated in autism. *The American Journal of Human Genetic*. 2002. 71: 959–963.
57. DuPaul, GJ; McGoey, KE; Eckert, TL; VanBrakle, J. Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Mayo, 2001. 40:508-15.

IX. ANEXO

Sudán, Filipinas, Colombia, India	12-29% (Giel 81)
Ontario, Canadá 4-16 años	18,1% (Offord 67)
Etiopía 1-15 años	17,7% (Tadease 99)
Alemania 12-15 años	20,7% (Weyerer 88)
India 1-16 años	12,8% (Consejo Investigación)
Japón 12-15 años	15% (Morita 93)
España 8, 11, 15 años	21,7% (Gómez-Beneyto 94)
Suiza 1-15 años	22,5% (Steinhausen 98)
U.S.A. 9-17 años	21% (Depto. Salud)
Carolina del Norte 9-16 años + impedimento funcional	6,8% (Costello 2003)
Funan, Dinamarca 8-9 años	10,1% (Bilenberg 2005)
Puerto Rico	18% (Bird 88)
Puerto Rico 4-17 años:	6,9% (Canino 2004)
Kerala, India	5% (Hackett 99)

Imagen 1. Prevalencia global de trastornos psiquiátricos en diferentes áreas mundiales⁹.

	8 años		11 años		15 años	
	%	(ES)	%	(ES)	%	(ES)
Trastorno de eliminación	11,1	(3,4)	2,2	(1,9)	–	–
Tics	6,4	(2,9)	0,6	(0,4)	4,9	(2,7)
Conducta perturbadora	1,7	(0,7)	4,1	(2,0)	6,9	(2,8)
Trastorno déficit de atención e hiperactividad	14,4	(3,5)	5,3	(2,1)	3,0	(1,9)
Trastorno obsesivo-compulsivo	0,3	(0,3)	0,3	(0,3)	–	–
Trastorno del sueño	0,7	(0,5)	4,4	(2,6)	4,9	(2,6)
Trastorno fóbico	0,7	(0,5)	2,5	(1,9)	1,9	(1,8)
Trastorno ansiedad de separación	1,7	(0,7)	1,2	(0,6)	–	–
Trastorno ansiedad	1,7	(0,7)	4,1	(2,0)	6,7	(2,8)
Trastorno depresivo	0,7	(0,5)	0,9	(0,5)	2,5	(1,9)

ES: error estándar.

Fuente: Gómez Beneyto M, Bonet A, Catalá MA, Puche E, Vila V. The prevalence of child psychiatric disorders in the city of Valencia. *Acta Psychiatric Scand.* 1994;89:352-7.

Imagen 2. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en España¹¹.

Autores y año	Edad (años)	Prevalencia (%)
Cardo <i>et al.</i> , 2007 ⁶ (Mallorca)	6-11	4,57
Andrés <i>et al.</i> , 1999 ⁷ (Valencia)	10	3,6
Gómez-Beneyto <i>et al.</i> , 1994 ⁸ (Valencia)	8	14,4
	11	5,3
	15	3
Benjumea y Mojarro, 1993 ⁹ (Sevilla)	6-15	4-6
Farré y Narbona, 1989 ¹⁰ (Navarra)	5-10	1-2

Imagen 3. Estudios de prevalencia del TDAH en España¹¹.

- Problemas de afectividad (no dan besos, sólo ponen la cara)
- Dificultades para el lenguaje y aprendizaje: fracaso escolar.
- Problemas para la conducción de vehículos y psicopatología asociada (dificultades para obtener el carnet, muchos accidentes).
- Trastornos de la coordinación motriz (más fuerza que habilidad).
- Ansiedad (mordedura de uñas, tics)
- Nula capacidad para aceptar lo evidente (no saben perder)
- Cambios de humor y síndrome bipolar
- Actitud oposicional desafiante.
- Comportamiento impulsivo-agresivo
- Comportamiento antisocial

Imagen 4. Trastornos comórbidos del TDAH.

Trastorno	Tasa aproximada en niños con TDAH
Trastornos de aprendizaje (trastorno de la lectura, del cálculo)	Entre el 8 y el 39% trastorno de la lectura, del 12 al 30% trastorno del cálculo ¹⁵
Trastorno del desarrollo de la coordinación motora (TDCM)/ retraso de la coordinación motora	El 47% cumplen criterios de TCDM/el 52% tienen retraso en la coordinación motora ¹⁵
Trastornos del desarrollo del habla, trastornos expresivos (pragmáticos)	Hasta el 35% inicio tardío del habla/entre el 10-54% dificultades expresivas, principalmente pragmáticas ¹⁵
Trastornos generalizados de desarrollo*	Hasta el 26% de los niños con trastorno generalizado del desarrollo (TGD) pueden presentar TDAH tipo combinado ¹⁵
Trastorno negativista desafiante	Entre el 40 y el 60% ^{15;24}
Trastorno disocial	14,3% ²⁴
Trastorno de tics/síndrome de Tourette	10,9% ²⁴
Trastorno por abuso de sustancias	En la adolescencia el riesgo es 2-5 veces mayor que en controles normales, si hay comorbilidad con trastorno disocial ¹⁵
Trastorno del estado de ánimo: depresión mayor/trastorno bipolar	3,8%/2,2% ²⁴
Trastorno de ansiedad (angustia, fobia, obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada, ansiedad de separación)	Entre el 25 y el 35% ^{15;24}
Trastorno del sueño	Entre el 30 y el 60% ¹⁵

* A pesar de que los criterios diagnósticos actuales no permiten el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes con trastornos generalizados del desarrollo, un número significativo de estos pacientes presentan también sintomatología compatible con TDAH que precisa evaluación y tratamiento específico.

Imagen 5. Tasa aproximada de trastornos comórbidos en el TDAH¹¹.

<p>El diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico, y debe estar sustentado en la presencia de los síntomas característicos del trastorno, respaldado por una clara repercusión funcional en los ámbitos personal, familiar, académico y/o social, y tras haber excluido otros trastornos o problemas que puedan estar justificando la sintomatología observada (AAP, 2000;⁹¹ SIGN, 2005;⁹² AACAP, 2007;⁵³ NICE, 2009).⁶⁶</p>	<p><i>Opinión de expertos</i> 4</p>
---	---

Imagen 6. TDAH como diagnóstico fundamentalmente clínico¹¹.

<p>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.</p> <p>Han de evaluarse también los antecedentes familiares (dadas las influencias genéticas del trastorno) y el funcionamiento familiar.</p> <p>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).</p> <p>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 (AAP, 2000;⁹¹ SIGN, 2005;⁹² AACAP, 2007;⁵³ NICE, 2009).⁶⁶</p>	<p><i>Opinión de expertos</i></p> <p>4</p>
--	--

Imagen 7. Áreas de valoración que debe incluir el diagnóstico de TDAH¹¹.

<p>Se debe preguntar por antecedentes de trastornos psiquiátricos y específicos de TDAH en la familia. Existe evidencia científica claramente establecida respecto a la contribución de factores genéticos en el TDAH (SIGN, 2005).⁹²</p>	<p><i>Estudios cohortes y caso-control</i> 2+</p>
<p>Guías previas recomiendan solicitar información a los padres acerca de la historia obstétrica y perinatal, debido a que se han hallado complicaciones obstétricas asociadas al TDAH, tales como retraso del crecimiento intrauterino, prematuridad y hábitos tóxicos durante la gestación –alcohol y tabaco– (SIGN, 2005;⁹² Linnet <i>et al.</i>, 2003).⁴⁵</p>	<p><i>RS estudios cohortes y caso-control</i> 2+</p>
<p>Además de los antecedentes perinatales del paciente, el clínico debe obtener información acerca del desarrollo físico y motor, los momentos clave del desarrollo, los antecedentes médicos y de salud mental (sobre todo respecto a cualquier tratamiento psiquiátrico previo) (SIGN, 2005).⁹²</p>	<p><i>Opinión de expertos</i> 4</p>
<p>Dado que una gran parte de los pacientes con TDAH sufren dificultades escolares, es importante plantear preguntas específicas sobre este ámbito, examinando la posible presencia de trastornos de aprendizaje y revisando el rendimiento académico del paciente a lo largo del tiempo (SIGN, 2005).⁹²</p>	<p><i>Opinión de expertos</i> 4</p>

Imagen 8. Otros aspectos diferentes a valorar en la historia clínica de un paciente con diagnóstico de TDAH.

A

1. Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Falta de atención (o desatención)

- a. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- b. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- c. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargo u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender las instrucciones)
- e. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades
- f. A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- g. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (como juguetes, trabajos escolares, lápices, libros o herramientas)
- h. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- i. A menudo es descuidado en las actividades diarias

2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Hiperactividad

- a. A menudo mueve en exceso las manos o los pies o se remueve en el asiento
- b. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que es inapropiado hacerlo
- c. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (en los adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- d. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- e. A menudo 'está en marcha' o actúa como si 'tuviera un motor'
- f. A menudo habla en exceso

Impulsividad

- a. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- b. A menudo tiene dificultades para guardar turno
- c. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos)

B.

Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C.

Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D.

Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E.

Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o a un trastorno de la personalidad).

Diagnóstico

- A1 A2 Combinado Predominio déficit atención Predominio hiperactivo-impulsivo Revisión Parcial

Imagen 9. Criterios diagnósticos DSM-IV y CIE 10.

DSMIV	CIE10
<ul style="list-style-type: none"> • 6/9 de desatención y/o 6/9 de hiperactividad impulsividad • + SENSIBLE 	<ul style="list-style-type: none"> • 6/9 de desatención + 3/5 de hiperactividad + ¼ de impulsividad • + ESPECÍFICO

Imagen 10. Diagnóstico de TDAH según DSM-IV y CIE 10

DSMIV	CIE10
<ul style="list-style-type: none"> • Baja tolerancia a la frustración • Arrebatos emocionales • Testarudez • Labilidad emocional • Disforia • Baja autoestima • Problemas escolares. • C.I. variable. • Rechazo de compañeros • Conflictos con profesores • Interacciones familiares negativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Desinhibición social • Conducta temeraria, accidentes frec. • Quebrantamiento impulsivo de normas sociales. • Baja autoestima • Problemas escolares • Coexistencia de torpeza motora y/o trastornos de aprendizaje (F.80–F.89) • Rechazo de compañeros • Alteraciones del comportamiento

Imagen 11. Síntomas y antecedentes asociados al TDAH según DSM-IV y CIE 10³⁷.

F. FAVORABLES	F. NEGATIVOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno poco severo. 2. Buen nivel intelectual. 3. Familia de clase media y bien avenida. 4. Colegio en el que sepan y/o puedan acoplarlo. 5. Toda la paciencia del mundo con ellos. 6. Buen entendimiento de padres y profesores. 7. No darles ni exigirles más de lo razonable. 8. Evitarles (o retirarles de) compañías poco recomendables. 9. No fumar, no alcohol, no drogas. 10. Conseguir que aprendan a escuchar. 11. Adecuado encauzamiento profesional 12. Conseguir que aprendan a convivir con los demás "de igual a igual". 13. Buena elección de pareja. 14. Hacerles conocer que existe un nivel de competencia para cada uno (todos incluidos) y no sobrepasarlo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Afectación grave. 2. Nivel intelectual bajo. 3. Comienzo muy temprano de la sintomatología. 4. Familia de clase muy alta o muy baja. 5. Nivel cultural y social muy bajos con delincuencia y desarraigo familiar. 6. Habitar en barrios marginales (por el ambiente de agresividad en el que predomina "la ley del más fuerte" y el razonamiento es interpretado como signo de debilidad). 7. Problemas familiares (de varios tipos, especialmente la mala relación entre los padres). 8. Crianza mal orientada (excesivamente permisiva o represiva, escaso diálogo y poco realismo). 9. Rotación por muchos colegios (por diversas causas). 10. Falta de control (echándole mucha comprensión y paciencia). 11. Consumo de tabaco, alcohol y drogas (tanto más peligroso como precoz es el inicio). 12. Excesiva agresividad y crueldad (incluso con los animales). 13. Inicio temprano de la actitud oposicional desafiante. 14. Mal encauzamiento profesional. 15. Abandono temprano del hogar familiar (en este grupo se incluyen muchos niños adoptados). 16. Mala elección de pareja. 17. Mal control de la impulsividad. 18. Muchos trastornos comórbidos. 19. Falta de aceptación de que todas las personas tienen los mismos derechos y deberes sea cual fuere su sexo, tendencia sexual, edad, raza, religión, nacionalidad, etc., y que todos deben ser escuchados, respetados y comprendidos de igual manera. 20. Incapacidad para escuchar y respetar a los demás. 21. Insensibilidad ante el sufrimiento de los demás (incluidos los animales) 22. Estar a nivel de incompetencia en la función que desempeñe.

Imagen 12. Factores pronósticos favorables y negativos para el TDAH