

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas

www.evidenciasenpediatria.es

Editorial

¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)?

García Peñas JJ¹, Domínguez Carral J²

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. (España).

²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. (España).

Correspondencia: Juan José García Peñas, jgarciape.hnjs@gmail.com

Palabras clave en inglés: attention deficit disorder with hyperactivity; diagnosis; risk factors; diagnosis.

Palabras clave en español: trastorno por déficit de atención e hiperactividad; diagnóstico; factores de riesgo; diagnóstico.

Fecha de recepción: 20 de agosto de 2012 • **Fecha de aceptación:** 27 de agosto de 2012

Fecha de publicación del artículo: 29 de agosto de 2012

Evid Pediatr. 2012;8:51.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

García Peñas JJ, Domínguez Carral J. ¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)? Evid Pediatr. 2012;8:51.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en

<http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2012;8:51>

©2005-12 • ISSN: 1885-7388

¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)?

García Peñas JJ¹, Domínguez Carral J²

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. (España).

²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. (España).

Correspondencia: Juan José García Peñas, jgarciape.hnjs@gmail.com

IS ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD) OVERDIAGNOSED?

Los síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, causando una importante morbilidad y disfunción no solo en el niño, sino también en el grupo de compañeros escolares y en su familia^{1,4}. En la actualidad, se admite que el TDAH es la patología neurocomportamental infantil y juvenil más frecuente¹. La preocupante alta prevalencia que ha aparecido en algunos estudios, con cifras tan elevadas como del 17%⁵, ha de tenerse en cuenta; pero, por otra parte, no puede dejar de señalarse que al tratar con patologías del neurodesarrollo las cifras de prevalencia mórbida que se alejan muy por encima del 5% obligan a una interpretación cautelosa^{1,2}.

El objetivo de este trabajo es analizar las posibles causas de un sobrediagnóstico actual de TDAH en nuestro medio y conocer cómo podemos evitarlo.

¿Cuáles son las dimensiones reales del TDAH?

El sobrediagnóstico es diagnosticar una "enfermedad" que nunca causará síntomas potencialmente graves o la muerte del paciente⁶. Se trata de un problema importante, ya que convierte a las personas en "enfermos" sin necesidad de serlo y conduce a tratamientos que solo pueden causar daño, al no aportar ningún beneficio a su salud. No es un proceso inocuo, porque origina numerosos problemas tanto para el paciente que lo sufre, como por los costes añadidos que implican para el sistema sanitario.

Debemos conocer que hay tres categorías de daños asociados al sobrediagnóstico⁶:

1. Los efectos físicos del diagnóstico y tratamientos innecesarios, dado que todas las intervenciones farmacológicas tienen efectos secundarios.
2. Los efectos psicológicos, con el desarrollo de una carga emocional o "estigma" simplemente por el hecho de ser etiquetado como "enfermo" y esto se asocia a un aumento de la vulnerabilidad del individuo.

3. La carga económica, no solo por los costes asociados al tratamiento (de los cuales el paciente no puede beneficiarse, ya que la enfermedad no representa una amenaza), sino también por el costo que supone para el sistema la realización de revisiones y pruebas innecesarias.

El TDAH es un trastorno que afecta a un número cada vez mayor de niños y adultos. Es tal el aumento de casos, que llega a originarse la duda de si es posible que haya un sobrediagnóstico de dicho trastorno. Así, durante los últimos cinco años, en Estados Unidos (EE. UU.), las cifras de TDAH han aumentado en un 22%, lo que significa que ahora uno de cada diez niños (10%) está diagnosticado de TDAH y esto supone hasta un total de 5,4 millones de niños de 4 a 17 años en EE. UU. para una enfermedad cuyo diagnóstico es aún incierto⁷. Si se analiza críticamente estas cifras progresivamente crecientes, casi "epidémicas", es fácil que surja la pregunta: ¿existe dicho trastorno o es una "invención" que origina muchos beneficios económicos al tratar y medicar a personas sanas? La respuesta a esta duda nosológica no está todavía bien aclarada. Aunque, hoy por hoy es casi imposible demostrar que el TDAH no es una enfermedad, dados los avances neuropsicológicos y neurobiológicos en el estudio de este trastorno^{1,4}, es todavía imposible demostrar con certeza que sí lo es, al carecer aún de una prueba diagnóstica específica y emplear solamente instrumentos de valoración clínica.

Es tal la dimensión creciente del problema que, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)⁸ y la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹ han llamado la atención sobre la detección de un incremento, escasamente justificado por criterios clínicos, en el diagnóstico de TDAH y de los tratamientos farmacológicos asociados. Por otra parte, estas organizaciones recomiendan que los profesionales de la Salud Mental Infantojuvenil deban poner el mayor interés en realizar un correcto y estricto diagnóstico de los TDAH en los niños y establezcan un tratamiento medicamentoso solamente con posterioridad a la tentativa de otro tipo de tratamientos psicopedagógicos y/o conductuales^{8,9}. Tanto la UNICEF⁸ como la OMS⁹ recalcan que esta alerta debe implicar a los clínicos y

neurobiólogos, pero, sobre todo, a los responsables de la política educativa y sociofamiliar y a los propios padres de los niños afectados.

¿Cuáles son las dimensiones reales del TDAH?

Como ya se ha comentado previamente, existe una gran controversia entre los pediatras sobre cuáles son las dimensiones reales del TDAH. Todos los profesionales que atendemos a estos pacientes nos planteamos cuáles son los límites actuales y reales en el diagnóstico del TDAH. Es decir, ¿están todos los que son? y, sobre todo, ¿son todos los que están? En España, hemos pasado en los últimos 25 años de un infradiagnóstico, en el contexto ambiguo y heterogéneo del denostado término “disfunción cerebral mínima” (DCM), a una potencial situación de sobrediagnóstico por diagnóstico impreciso.

Cuando se analiza este incremento “explosivo” de los casos de TDAH en las consultas pediátricas, podemos plantearnos que se deba a muy diversos factores^{1,10} como un mayor conocimiento del trastorno por parte de los profesionales que lo atienden (médicos, profesores y psicopedagogos), porque se reconoce y se detecta de forma más precoz, porque se diagnostica y se trata de forma más eficaz, por la existencia de una mejor coordinación entre los profesionales sanitarios implicados, porque ha mejorado la información que reciben los padres de estos niños, o bien porque los instrumentos de diagnóstico no son totalmente eficaces y por ello se etiquetan como TDAH niños que no lo son. Además, uno se puede preguntar si, como en otras alteraciones del neurodesarrollo como el autismo, este aumento exponencial tiene relación con factores “epidémicos” (se ha hablado del efecto de colorantes y aditivos alimentarios, del plomo y de procesos infecciosos recurrentes por gérmenes como el *Streptococo*)^{1,4} o bien si puede relacionarse con los cambios psicosociales de nuestra sociedad tecnológica intoxicada por un exceso de información ligada principalmente al empleo masivo de Internet. Aunque no se ha establecido una relación causal entre los modos de vida y el TDAH, parece factible que el tipo de sociedad actual pueda estar contribuyendo a generar una mayor disfuncionalidad del TDAH^{1,10}. La proliferación de los modelos que favorecen refuerzos externos inmediatos (videojuegos, dibujos animados, televisión, Internet, publicidad, etc.), la sociedad de consumo y el cambio hacia una mentalidad materialista, presentan pocas oportunidades para favorecer y entrenar la atención sostenida, la cultura del esfuerzo, la demora de recompensa, el empleo de estrategias reflexivas y el desarrollo de un autocontrol mental eficaz. El establecimiento de límites y modelos de conducta organizada suponen un importante esfuerzo educativo y requiere inversión de tiempo por parte de los padres, elemento que cada vez es más escaso en los países industrializados y que se encuentra además influenciado por el cambio de modelos de familia (familias uniparentales, padres divorciados, etc.).

Los límites del diagnóstico del TDAH

El diagnóstico del TDAH sigue siendo eminentemente clínico y se realiza, en nuestro medio, con el empleo de los criterios diagnósticos del “manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición” (DSM-IV)¹¹. Estos criterios valoran el llamado núcleo o core sintomático del TDAH que representa una combinación variable de dificultades para prestar atención y concentrarse, presencia de un nivel alto de actividad, inadecuado para la edad del niño, y un deficiente control de impulsos^{1,4,7}. Las limitaciones más importantes del DSM-IV residen en clasificar como entidades psiquiátricas a los trastornos del neurodesarrollo y en clasificar los trastornos basándose exclusivamente en la descripción de síntomas y signos sin aportar ningún dato neurobiológico¹². De esta forma, se mezclan muy diferentes entidades nosológicas por compartir el mismo fenotipo conductual y es por ello que algunos autores, como Pascual-Castroviejo, prefieren hablar de síndrome en vez de trastorno (SDAH frente a TDAH)¹³.

Un problema metodológico importante es que los criterios del DSM-IV conceden el mismo peso a cada síntoma a la hora de tomar decisiones diagnósticas, a pesar de que es bien conocido que no todos los ítems de inatención e hiperactividad-impulsividad son iguales con respecto a su capacidad para predecir un TDAH¹. Por otra parte, no existen datos empíricos claros que apoyen cuántos ítems son necesarios para un correcto diagnóstico, y es probable que el sistema categorial postulado por el DSM-IV no sea el más apropiado, al no plantear que puede haber diferencias en la capacidad diagnóstica de los 18 criterios propuestos^{1,10,11}. Además, este sistema diagnóstico realiza una categorización en subtipos (inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado o mixto)¹¹, aunque no existe consenso en la comunidad científica en cuanto a la tipificación real en subtipos, y se cuestiona incluso la existencia de alguno de ellos, como el hiperactivo/impulsivo¹. Con respecto a la edad de inicio de los síntomas, es importante recalcar que el núcleo sintomático del TDAH puede no ser evidente antes de los seis años, edad en la que la exigencia escolar de la Educación Primaria los pone de manifiesto. Además, no disponemos aún de suficientes datos que delimiten claramente cuáles son los síntomas del TDAH en preescolares¹⁴. Otro criterio controvertido es el hecho de que las manifestaciones comportamentales deben producirse en múltiples contextos, que incluyen el hogar, la escuela, el trabajo y las situaciones lúdicas o sociales¹¹. Pero, todos conocemos por la experiencia cotidiana que es muy poco frecuente que un sujeto despliegue el mismo nivel de disfunción en todas partes o permanentemente en una misma situación. Habitualmente, los síntomas del niño con TDAH empeoran en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenidos, o que carecen de atractivo o novedad intrínseca (como ejemplos, destacan el escuchar al maestro en clase, hacer los deberes y escuchar o leer textos largos). Es por ello que el clínico debe investigar el comportamiento del sujeto en distintas circunstancias dentro de cada situación. Sin embargo, es también habitual comprobar en la práctica clínica la poca concordancia entre evaluadores en la tipificación de estos síntomas del DSM-IV. La cuestión es si los padres y profesores tienen formas distintas

de conceptualizar las conductas, o si estas diferencias podrían ser un reflejo de la diversidad de los contextos en que se desenvuelve a diario el niño. Por último, analizaremos un criterio que se olvida muchas veces en el diagnóstico y que se define por como la sintomatología tiene que interferir en la actividad social, académica o laboral, propia del nivel de desarrollo. Esta información proviene de la síntesis de datos, obtenida de los padres, de los informes escolares del maestro, de la anamnesis y exploración clínica, y de los cuestionarios o escalas clínicas (principalmente, el test de Conners y la escala EDAAH)^{1-4,7}. Con estos datos, el clínico puede juzgar el efecto que los síntomas diana del TDAH tienen en el rendimiento académico, en las relaciones en el ámbito escolar y familiar, en el funcionamiento independiente, en la autoestima, en las actividades de recreo, y en las actividades de la vida cotidiana del niño.

Ante todas estas limitaciones diagnósticas del DSM-IV, se han desarrollado diversas guías clínicas^{15,16}, destacando la guía NICE de TDAH elaborada por el National Institute for Health and Excellence (NHS)¹⁵. En ella, se recomienda que el diagnóstico de TDAH deba realizarse por un paidopsiquiatra, neuropediatra, o pediatra experto en esta patología. Se insiste además en que el diagnóstico debe basarse no solo en los criterios del DSM-IV, sino que debe completarse con la información generada por una valoración clínica y psicosocial completas, una detallada historia de la evolución del neurodesarrollo y la conducta, una valoración cognitiva y comportamental, y una recopilación de los informes que aporten profesores y psicopedagogos. Se han depositado muchas esperanzas en la clarificación que pueda aportar la 5ª edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)^{3,4,17}, principalmente al integrar datos de los estudios neurobiológicos y de las valoraciones neuropsicológicas (sobre todo, con el estudio de las funciones ejecutivas). De esta forma, se intenta conocer mejor cuál es la evolución natural individual del sujeto con TDAH al validar los síntomas del TDAH con base a criterios estadísticos que se acompañen de los resultados de las investigaciones en genética, neurociencias cognitivas, farmacología, psicología, psiquiatría y neurología, las cuales pueden brindar mayores elementos para el establecimiento de diagnósticos multinivel, que trasciendan las aproximaciones estadísticas, buscando el estudio del nivel funcional del niño afecto.

Con todos estos datos, vemos que no es tan "fácil" como se pensaba el diagnosticar un TDAH. En un estudio multicéntrico realizado entre paidopsiquiatras, neuropediatras y pediatras belgas e ingleses¹⁸, todos los clínicos coincidieron en describir este proceso diagnóstico como complicado y muy ligado a la necesidad de contar con un adecuado tiempo de consulta y una suficiente experiencia clínica previa.

La importancia del factor edad en el diagnóstico del TDAH

Como se ha señalado previamente, existe una importante variabilidad de expresión clínica del TDAH y también de su comorbilidad dependiendo de la edad de potencial diagnóstico

del mismo¹. Por otra parte, un estudio epidemiológico reciente que estudia niños escolares de Columbia Británica (Canadá)¹⁹ (y que ha sido valorado en este número de *Evidencias en Pediatría*²⁰), con edades comprendidas entre 6-12 años, encuentra un efecto edad-dependiente relativo en el seno de un mismo curso escolar. Así, los niños nacidos en el mes de diciembre del año escolar en curso, que son los más jóvenes y, en general, los menos maduros de su curso, son los que presentan un riesgo más elevado para ser diagnosticados y tratados como un posible TDAH con un claro efecto de sobrediagnóstico. El análisis de este trabajo refuta la tesis previa de una posible estacionalidad en el TDAH, donde se refería una mayor incidencia para los nacidos en invierno¹. Por el contrario, la baja incidencia de niños nacidos en enero del año escolar en curso que reciben diagnóstico de TDAH tendría un efecto claro de infradiagnóstico entre estos niños. Este efecto edad-dependiente relativo había sido publicado previamente en EE. UU. con unos resultados similares²¹. La influencia de este factor de edad-dependencia para un mismo curso escolar, afecta por igual a niños y niñas, está presente en todo el grupo escolar de 6-12 años, aunque parece ser menos evidente en los niños mayores¹⁹. Este diagnóstico inadecuado de TDAH en los escolares nacidos en diciembre puede llevar a padres y profesores a tratar al niño de una forma diferente, con desarrollo de mecanismos de refuerzo positivo (sobrepotección) o bien de refuerzo negativo que pueden llegar a magnificar el aparente comportamiento inatento, distraído o impulsivo de los niños más jóvenes de la clase

Reflexiones finales

Es importante conocer que nos encontramos inmersos en una dinámica de sobrediagnóstico de TDAH, tal y como ha ocurrido en EE. UU. y Canadá en la última década, y que existe una necesidad científica y ética de evitar ese sobrediagnóstico. Para obviar esta situación, debemos conocer mejor nuestros instrumentos de diagnóstico y recalcar que el DSM-IV y las escalas de valoración del TDAH (Conners y EDAAH) se basan solo en criterios categoriales preestablecidos, que son pruebas complementarias pero no son diagnósticas de forma directa y que por ello no deben sustituir a la observación clínica. Por otra parte, es importante reseñar que se deben conocer los criterios de inclusión, pero también los de exclusión, dado que el diagnóstico diferencial de un posible TDAH es amplio y heterogéneo, con múltiples causas neurológicas, pediátricas y psicosociales, y debe realizarse siempre de forma rigurosa por un equipo multidisciplinar. Además, debemos integrar siempre los datos clínicos y contextuales del paciente individual (incluidas las características de la etapa del desarrollo que consideremos). Con esto, puede que podamos evitar diagnósticos y tratamientos farmacológicos inadecuados y desterrar la política de crear un alarmismo injustificado con nuestras informaciones profesionales, tanto en el seno de la población general como en el de la comunidad educativa y entre la clase médica.

Conflicto de intereses de los autores: no existen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cardo E, Servera M. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Rev Neurol.* 2008;46:365-72.
2. Martin A. The hard work of growing up with ADHD. *Am J Psychiatry.* 2005;162:1575-7.
3. Trujillo-Orrego N, Pineda DA, Uribe LH. Validez del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad: de lo fenomenológico a lo neurobiológico (I). *Rev Neurol.* 2012;54:289-302.
4. Trujillo-Orrego N, Ibáñez A, Pineda DA. Validez del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad: de lo fenomenológico a lo neurobiológico (II). *Rev Neurol.* 2012;54:367-79.
5. Pineda DA, Lopera F, Palacio JD, Ramírez D, Henao GC. Prevalence estimations of attention deficit/hyperactivity disorder: differential diagnoses and comorbidities in a Colombian sample. *Int J Neurosci.* 2003;113:49-71.
6. Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. *Overdiagnosed: Making people sick in the pursuit of health.* Boston: Beacon Press; 2011.
7. John M. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. Comparative Effectiveness Review Summary Guides for Clinicians.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews; 2012 Jun 26.
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Estado mundial de la infancia. Conmemoración de los 20 años de la Convención sobre los Derechos del Niño.* New York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2009.
9. World Health Organization (WHO). *Mental Health Atlas 2011.* Geneva: World Health Organization; 2011.
10. Peña JA, Montiel-Nava C. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad? *Rev Neurol.* 2003;36:173-9.
11. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson; 1995.
12. McGough JJ, McCracken JT. Adult attention deficit hyperactivity disorder: moving beyond DSM-IV. *Am J Psychiatry.* 2006;163:1673-5.
13. Pascual-Castroviejo I. Síndrome de déficit de atención con hiperactividad y capacidad para el deporte. *Rev Neurol.* 2004;38:1001-5.
14. Davis DW, Williams PG. Attention deficit/hyperactivity disorder in preschool-age children: issues and concerns. *Clin Pediatr (Phila).* 2011;50:144-52.
15. NHS. National Institute for Health and Excellence. *NICE clinical guideline 72 (CG72). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): NICE guideline. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults.* London: National Institute for Health and Excellence (NHS). NICE clinical guidelines; 2008.
16. Rushton JL, Fant KE, Clark SJ. Use of practice guidelines in the primary care of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics.* 2004;114:e23-8.
17. Bell AS. A critical review of ADHD diagnostic criteria: what to address in the DSM-V. *J Atten Disord.* 2011;15:3-10.
18. Kovshoff H, Williams S, Vrijens M, Danckaerts M, Thompson M, Yardley L, et al. The decisions regarding ADHD management (DRAMa) study: uncertainties and complexities in assessment, diagnosis and treatment, from the clinician's point of view. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2012;2:87-99.
19. Morrow RL, Garland EJ, Wright JM, Maclure M, Taylor S, Dormuth CR. Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *CMAJ.* 2012;184:755-62.
20. Cuello García CA, Pérez Gaxiola G. En un mismo curso académico los niños más pequeños tienen más riesgo de ser diagnosticados de TDAH. *Evid Pediatr.* 2012;8:56.
21. Elder TE. The importance of relative standards in ADHD diagnoses: evidence based on exact birth dates. *J Health Econ.* 2010;29:641-56.