



SOBREDIMENSIONAMIENTO EN EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN FUNCIÓN DEL MÉTODO

José Antonio López-Villalobos^{1*}, Jesús María Andrés- De Llano^{**},
María Isabel Sánchez-Azón^{***} y María Victoria López-Sánchez^{****}

**Complejo Asistencial de Palencia. Hospital San Telmo.
Salud Mental Infanto Juvenil, España*

*** Complejo Asistencial de Palencia. Hospital Río Carrión.
Servicio de Pediatría, España*

**** Diputación de Palencia, España*

***** Universidad Pontificia de Salamanca, España*

RESUMEN. Antecedentes: En la actualidad el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se considera básicamente clínico y suele ir acompañado de la realización de cuestionarios que pueden dar lugar a estimaciones diferentes en función del criterio utilizado. El objetivo del estudio es determinar el número de casos diagnosticados de TDAH en función del método o criterio utilizado. **Método:** Nos situamos en el contexto de un estudio de prevalencia sobre TDAH en escolares de 6 a 16 años ($n = 1.095$). El estudio incluyó una primera fase psicométrica de sospecha de TDAH utilizando el Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scales IV (ADHD RS-IV) para padres y profesores y una segunda fase de confirmación clínica, según criterios de entrevista ajustada al DSM-IV. Los resultados obtenidos mediante este procedimiento de entrevista clínica se contrastaron con la respuesta al ADHD RS-IV según diversos criterios categoriales ajustados a DSM-IV. **Resultados:** La tasa de TDAH en la entrevista clínica fue del 6,6% (IC 95%. 5,1% – 8,1%). Cuando utilizamos diversos criterios categoriales en el ADHD RS-IV, las tasas varían significativamente en función de si utilizamos el cuestionario de padres (13 %; IC 11% – 15%), profesores (14,7%; IC 12,6% – 16,8%), padres o profesores indistintamente (20%; IC 17,7% – 22,5%) o padres y profesores conjuntamente (7,7%; IC 6,2% – 9,4%). **Conclusiones:** El método es influyente en la tasa de TDAH y la utilización de alternativas diferentes a la entrevista clínica, como único método diagnóstico, conduciría a un alarmante incremento de casos con potenciales consecuencias negativas para la salud de los afectados.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, prevalencia, método diagnóstico, infancia y adolescencia.

ABSTRACT. Background: Currently the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is considered mainly clinical and is often accompanied by the completion of questionnaires that can lead to different estimates depending on the criterion used. The aim of the study is to determine the number of cases diagnosed with ADHD according to the method or criterion used. **Method:** the sample is placed in the context of a study of prevalence of ADHD in school children 6-16 years ($n = 1,095$). The study included an initial psychometric phase of suspected ADHD using the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scales IV (ADHD RS-IV) for parents and teachers and a second phase of clinical confirmation according to interview criteria of DSM-IV. The results obtained through a clinical interview procedure were compared with the response to ADHD RS-IV criteria adjusted categorical DSM-IV. **Results:** The rate of ADHD in the clinical interview was 6.6% (95% CI. 5.1% -

¹ **Correspondencia:** Hospital San Telmo. Salud Mental Infanto Juvenil. Avenida San Telmo, s/n. 34004 Palencia. E mail: villalobos@cop.es



8.1%). When we use categorical criteria in ADHD RS-IV, rates vary depending on whether we use the parent questionnaire (13% CI 11% - 15%), teachers questionnaire (14.7%, CI 12.6% - 16.8%), either parents or teachers questionnaires (20% CI 17.7% - 22.5%) or parents and teachers questionnaires together (7.7%, CI 6.2% - 9.4%). **Conclusions:** The method is influential in the rate of ADHD. The use of categorical criteria alone in the ADHD RS-IV as a diagnostic method would lead to an alarming increase in cases with potential negative consequences for the health of those affected.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, prevalence, diagnostic method, childhood and adolescence.

Introducción

El contenido principal de la investigación es estudiar la variabilidad en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en función del método utilizado.

El TDAH (DSM-IV) se caracteriza por un patrón mantenido de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Los síntomas deben presentarse antes de los siete años, causar un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral y algunas de las alteraciones provocadas por los síntomas deben presentarse en dos o más ambientes. El DSMIV, clasifica tres subtipos de TDAH, en función del patrón sintomático predominante en los últimos seis meses: Tipo combinado (TDAH-C), tipo con predominio del déficit de atención (TDAH-I) y tipo con predominio hiperactivo impulsivo (TDAH-H) (American Psychiatric Association [APA], 2002).

En la actualidad el diagnóstico de TDAH se considera básicamente clínico y suele ir acompañado de la realización de cuestionarios sobre el trastorno con adecuada validez y fiabilidad. Estos cuestionarios suelen tener un punto de corte que permite diferenciar personas dentro o fuera del rango clínico y pueden dar lugar a estimaciones diferentes en función de su utilización.

El objetivo de nuestro estudio es determinar el número de casos diagnosticados de TDAH en función de la utilización de una entrevista clínica siguiendo criterios DSM-IV versus la respuesta de padres o profesores a un cuestionario sobre TDAH con los ítems del DSM-IV.

Método

Participantes

El estudio incluye una muestra de procedente de un estudio epidemiológico de prevalencia sobre TDAH cuya composición consta en el estudio original (Rodríguez et al., 2009). A modo de síntesis, se compone de 1.095 casos entre 6 y 16 años, con proporciones similares en el sexo masculino ($n = 568$) y femenino ($n = 527$) y diferenciales entre educación primaria ($n = 661$) y secundaria ($n = 434$). La media de edad de la muestra fue de 10,87 ($DE = 3,05$).

Instrumentos

- El *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scales IV* (ADHD RS-IV; DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid, 1998) es un instrumento destinado a valorar TDAH que coincide con los ítems / criterios DSM-IV y permite clasificar los subtipos de trastorno. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, según la



- respuesta dada a una escala de frecuencia que oscila entre casi nunca, algunas veces, a menudo y con mucha frecuencia. Presenta adecuados valores de consistencia interna (versión padres $\alpha = 0,94$; versión profesores $\alpha = 0,92$) y fiabilidad test – retest (versión padres $r = 0,90$; versión profesores $\alpha = 0,85$). El cuestionario correlaciona adecuadamente con otras escalas que se usan habitualmente en la evaluación de TDAH como el *Conners Teacher Rating Scale-39* ($r = 0,88$) y el *Conners Parent Rating Scale-48* ($r = 0,80$).
- La entrevista clínica se realizó según modelo del apartado *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD) de la entrevista estructurada del *National Institute of Mental Health, denominada Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISCIV). El DISCIV en la dimensión ADHD presenta adecuados valores de fiabilidad test - retest ($r = 0,79$) y validez por concordancia con el diagnóstico clínico ($k = 0,72$) (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab, 2000). Se dejó constancia de la existencia de todos los criterios del DSM-IV para los casos que finalmente fueron definidos como TDAH.

Diseño y procedimiento

El proceso investigador se situó en el contexto de un estudio poblacional para evaluar la prevalencia del TDAH. La Población objeto de estudio estuvo formada por todos los alumnos de educación primaria y secundaria desde los 6 a 16 años de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. El diseño muestral fue polietápico, estratificado y proporcional por conglomerados, según consta en la investigación original (Rodríguez et al., 2009). La muestra final fue de 1.095, casos de los que el 6,66% fueron TDAH.

Padres y profesores cumplimentaron el ADHD RS-IV (DuPaul et al., 1998). En la primera fase de cribado del estudio epidemiológico, se utilizaron criterios ADHD RS-IV. Se seleccionan aquellos cuestionarios cuyas puntuaciones sean iguales o superiores al percentil 90 según edad y sexo, tanto para padres como para profesores.

Los alumnos que superaron la primera fase de cribado son considerados con sospecha de TDAH y son evaluados en la segunda fase (clínica). En la segunda fase de nuestro estudio, mediante entrevista clínica se deja constancia de la existencia de “todos” los criterios del DSM-IV para los casos que finalmente fueron definidos como TDAH.

Los resultados obtenidos mediante entrevista clínica y publicados en el estudio sobre prevalencia de TDAH (Rodríguez et al., 2009), fueron contrastados con cuatro posibles opciones de respuesta al ADHD RS-IV. En todas estas opciones se considera que el diagnóstico de TDAH se realizará considerando el número de síntomas categoriales que el DSM-IV define como necesarios para el trastorno. La categorización consideró presencia del síntoma cuando la respuesta se incluía en la categoría de “a menudo” o “con mucha frecuencia” y ausencia del síntoma cuando la respuesta era “nunca” o “algunas veces”. Las posibles opciones de comparación son las siguientes:

- Cuestionario ADHD RS-IV respondido por padres. Se considera TDAH si la respuesta supera el punto de corte categorial para su diagnóstico en el cuestionario de padres (CATPA).
- Cuestionario ADHD RS-IV respondido por profesores. Se considera TDAH si la respuesta supera el punto de corte categorial para su diagnóstico en el cuestionario de profesores (CATPRO).



- Cuestionario ADHD RS-IV respondido por padres o profesores. Se considera TDAH si la respuesta supera el punto de corte categorial para su diagnóstico en el cuestionario de padres o en el de profesores (CATPAOPR).
- Cuestionario ADHD RS-IV respondido por padres y profesores: Se considera TDAH si la respuesta supera el punto de corte categorial para su diagnóstico en el cuestionario de padres y en el de profesores (CATPAYPR).

Resultados

La tasa clínica de prevalencia de TDAH obtenida mediante entrevista clínica fue del 6,6% (IC 95%. 5,1% – 8,1%). Los casos presentan una media de edad de 10,77 años ($DE = 2,95$) e incluyen un 69,9% del sexo masculino (media edad 11,18; $DE = 2,83$) y 30,1% del femenino (media edad 9,82; $DE = 3,06$).

Mediante el criterio CATPAOPR la tasa de prevalencia ascendería al 20% (IC 95%. 17,7% – 22,5%) y mediante el criterio CATPAYPR tenemos el 7,7% (IC 95%. 6,2% – 9,4%). Existen diferencias estadísticamente significativas entre las distribuciones obtenidas mediante entrevista clínica y mediante el criterio CATPAYPR [$\chi^2_{(1, n = 1095)} = 408,51; p = 0,000; C = 0,521$] y/o mediante el criterio CATPAOPR [$\chi^2_{(1, n = 1095)} = 197,45; p = 0,000; C = 0,391$].

Si utilizamos el criterio CATPA la tasa de prevalencia sería del 13 % (IC 95%. 11% – 15%) y en CATPRO de un 14,7% (IC 95%. 12,6% – 16,8%). Existen diferencias estadísticamente significativas entre la distribuciones obtenidas mediante entrevista clínica y mediante el criterio categorial CATPA [$\chi^2_{(1, n = 1095)} = 281,58; p = 0,000; C = 0,452$] y/o mediante el criterio categorial CATPRO [$\chi^2_{(1, n = 1095)} = 229,32; p = 0,000; C = 0,416$].

En la Gráfica 1 se deja constancia gráfica de las proporciones de TDAH y sus intervalos de confianza en función del método utilizado. A continuación dejamos constancia de la concordancia observada entre el procedimiento para el diagnóstico de TDAH basado en la entrevista clínica y el resto de los métodos: CATPA ($k = 0,475; p = ,000$). CATPRO ($k = 0,417; p = 0,000$). CATPAOPR ($k = ,353; p = 0,000$). CATPAYPR ($k = 0,609; p = 0,000$). Solo se observa una buena concordancia con el ADHD RS-IV categorial respondido por padres y profesores conjuntamente. La concordancia es moderada con CATPA y CATPRO y débil con CATPAOPR.

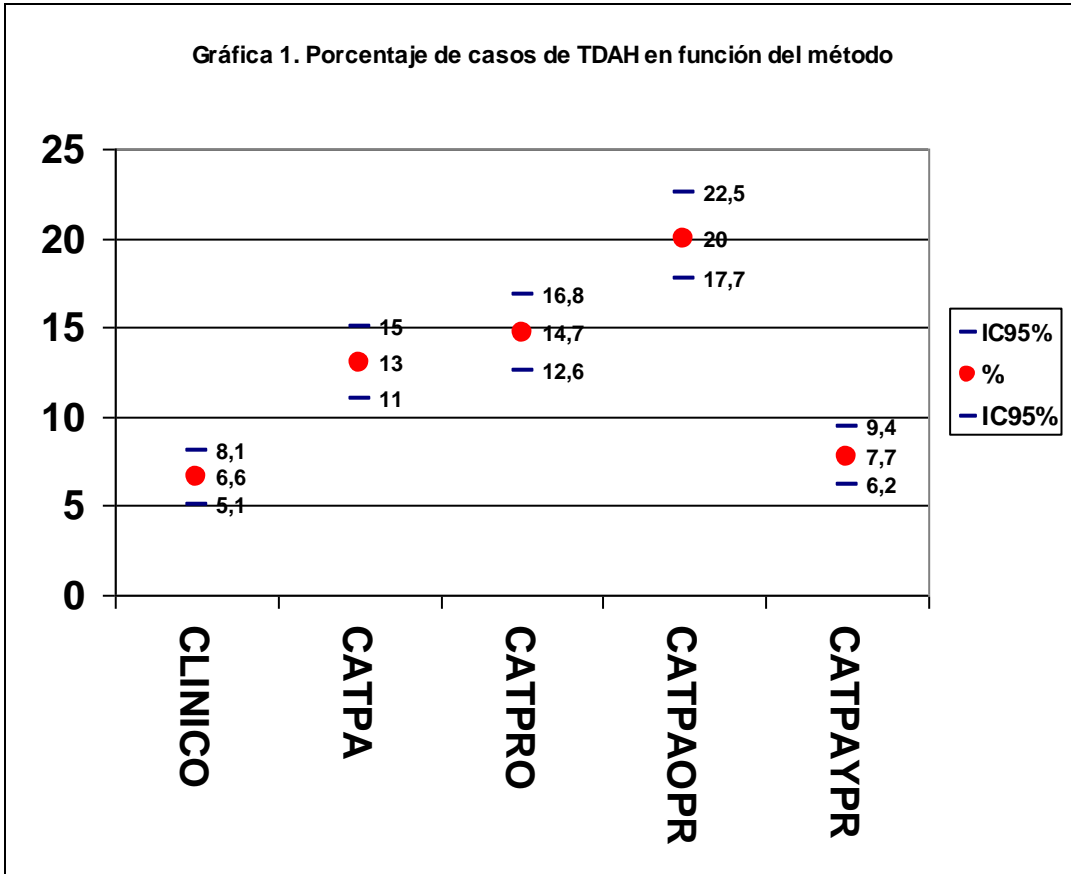
Considerando los fenotipos de TDAH o manifestaciones clínicas del trastorno neurobiológico con base genética denominado TDAH en sus vertientes de inatención o hiperactividad- impulsividad observamos los siguientes resultados.

Mediante la entrevista clínica el fenotipo inatento representa el 5,7% (IC 95%: 4,4% – 7,2%) de la muestra y el fenotipo hiperactivo-impulsivo el 5,4% (IC 95%. 4,2% – 6,9%). Mediante CATPA el fenotipo inatento representa el 10,3% (IC 95%. 8,7% – 12,3%) de la muestra y el fenotipo hiperactivo-impulsivo el 6,3% (IC 95%. 5% – 7,9%). Mediante CATPRO el fenotipo inatento representa el 13,3% (IC 95%. 11,4% – 15,5%) de la muestra y el fenotipo hiperactivo-impulsivo el 5,3% (IC 95%. 4,1% – 6,8%).

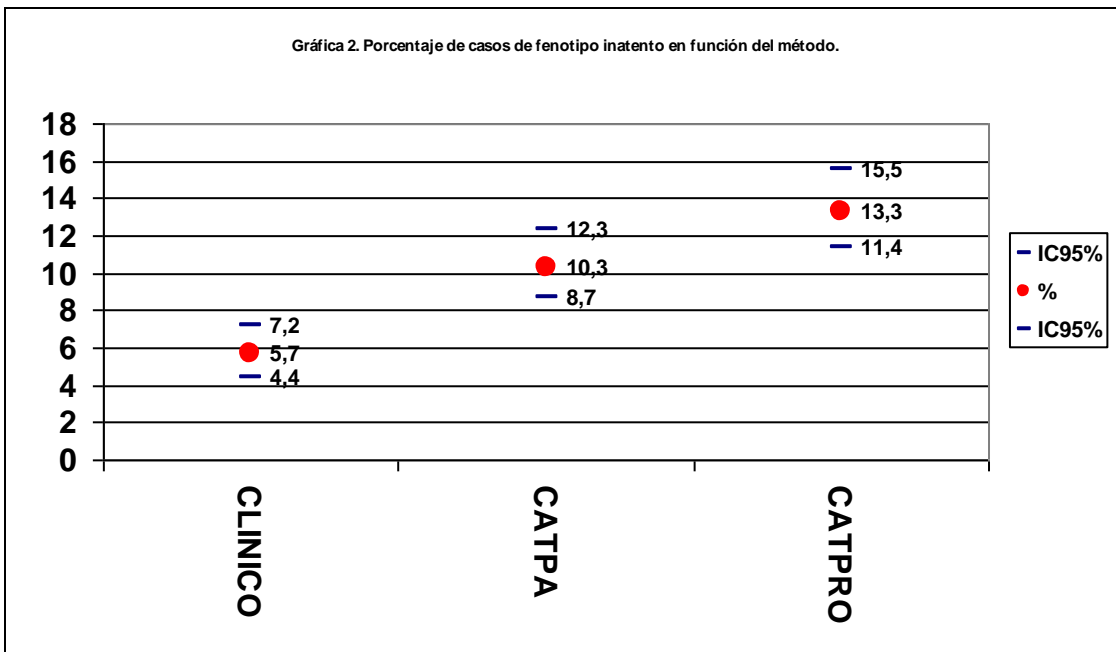
En las Gráficas 2 y 3 se deja constancia gráfica de las proporciones de TDAH y sus intervalos de confianza en función de los diversos fenotipos de TDAH y del método utilizado. Existen diferencias estadísticamente significativas en las distribuciones de proporciones entre el fenotipo inatento derivado de la entrevista clínica y el derivado del CATPA [$\chi^2_{(1, n = 1095)} = 275,28; p = 0,000; C = 0,448$] [$k = 0,476; p = 0,000$] y CATPRO



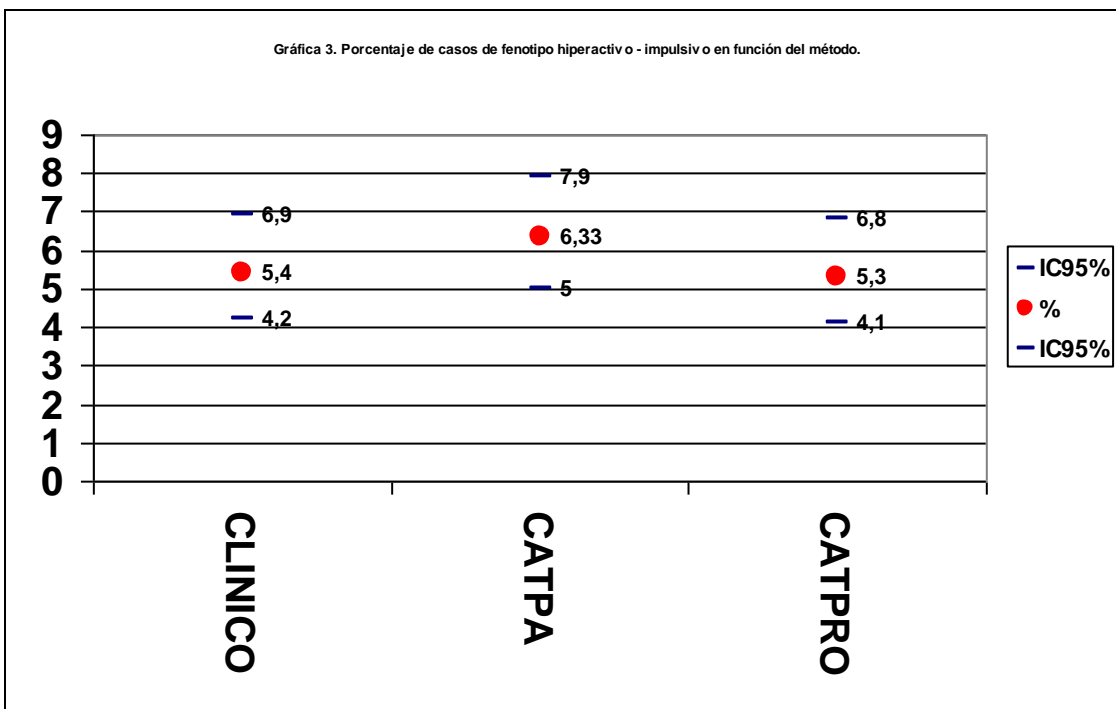
$\chi^2_{(1, n = 1095)} = 221,97; p = 0,000; C = 0,411$ [$k = 0,405; p = 0,000$]. Existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución de proporciones entre el fenotipo hiperactivo-impulsivo derivado de la entrevista clínica y el derivado del CATPA [$\chi^2_{(1, n = 1095)} = 209,58; p = 0,000; C = 0,401$] [$k = 0,436; p = 0,000$] y el CATPRO [$\chi^2_{(1, n = 1095)} = 257,93; p = 0,000; C = 0,437$] [$k = 0,485; p = 0,000$]. El índice Kappa refleja concordancia moderada entre los fenotipos derivados de la entrevista clínica y los derivados de CATPA y CATPRO.



Notas sobre el método empleado para el diagnóstico de TDAH: Clínico: entrevista clínica. CATPA: ADHD RS-IV respondido por padres categorial. CATPRO: ADHD RS-IV respondido por profesores categorial. CATPAOPR: ADHD RS-IV respondido por padres o profesores categorial. CATPAYPR: ADHD RS-IV respondido por padres y profesores categorial.



Notas sobre el método empleado para el diagnóstico de TDAH: Clínico: entrevista clínica. CATPA: ADHD RS-IV respondido por padres categorial. CATPRO: ADHD RS-IV respondido por profesores categorial.



Notas sobre el método empleado para el diagnóstico de TDAH: Clínico: entrevista clínica. CATPA: ADHD RS-IV respondido por padres categorial. CATPRO: ADHD RS-IV respondido por profesores categorial.

Discusión/conclusiones

El método utilizado para el diagnóstico de TDAH es influyente y la utilización de cualquiera de los procedimientos alternativos a la entrevista clínica conduce a un incremento de los casos de TDAH. La utilización del procedimiento de considerar TDAH si el caso supera el punto de corte en el ADHD RS-IV de padres o en el de profesores conduciría a un 20% de casos. La utilización con idéntico criterio del ADHD



RS-IV contestado por padres incrementaría la cifra al 13% y con el de profesores al 14,7%. La entrevista clínica, patrón oro en el diagnóstico de TDAH, se aproxima al criterio de considerar TDAH si se supera el punto de corte en el ADHD RS-IV de padres y en el de profesores conjuntamente. La concordancia entre la entrevista clínica y considerar TDAH si se supera el punto de corte en el ADHD RS-IV de padres y en el de profesores conjuntamente es buena, pero no óptima. Aparentemente tenemos porcentajes de casos de TDAH similares con una diferencia en torno a un 1%, pero la concordancia nos indica que un grupo de casos superior a este porcentaje no coincide en el diagnóstico. La concordancia es moderada entre el procedimiento de entrevista clínica y el utilizado en el procedimiento CATPA y CATPRO. A su vez se observa una baja concordancia con CATPAOPR.

Encontramos resultados análogos e un interesante estudio de Lora y Muñoz (2010), quien observó que utilizando un listado de síntomas de TDAH basado en el DSM-IV (criterios categoriales) obtenía una prevalencia del 23,8%, mientras que utilizando un criterio clínico la prevalencia era del 4,8%.

El método utilizado para el diagnóstico de TDAH es influyente y resulta evidente la necesidad de utilizar adecuadamente una entrevista clínica para asegurar la precisión en el diagnóstico y un procedimiento terapéutico adecuado. Utilizar cuestionarios aisladamente resulta un riesgo para los casos falsamente identificados produciéndose un etiquetaje inadecuado, ausencia de procedimientos terapéuticos válidos (ajustados al problema) y posibles consecuencias adversas para la salud de los niños que tomasen medicación estimulante sin padecer el trastorno, como disminución de apetito, alteración en el sueño, tics, incremento tensión arterial y frecuencia cardiaca, mareos, dolor abdominal, cefaleas, nerviosismo, ansiedad o posible disminución de talla (Graham et al., 2011; Soutullo y Alvarez, 2013; Stiefel y Besag, 2010).

Agradecimientos

El estudio es una pequeña parte de la investigación GRS 595/B/11 apoyada por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM IV-TR). Barcelona: Masson.
- DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D. y Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale IV: checklists, norms, and clinical interpretation*. New York: Guilford.
- Graham, J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Dittmann, R.W. et al. (2011). European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 17-37.
- Lora, J.A. y Moreno, I. (2010). Prevalencia del Trastorno Por Déficit de Atención en Escolares: Comparación Entre Criterios Diagnósticos y Criterios Clínicos. *Psicología Conductual: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 18, 365-384.
- Rodríguez, L., López-Villalobos, J.A., Garrido, M., Sacristán, A.M., Martínez, M.T. y Ruiz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11, 251-270.



- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K. y Schwab, M. E. (2000). Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV). Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.
- Soutullo, C. y Alvarez-Gómez, M.J. (2013). Bases para la elección del tratamiento farmacológico en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Revista de Neurología*, 56(Suppl. 1), S119-S129.
- Stiefel, G. y Besag, F. (2010). Cardiovascular effects of methylphenidate, amphetamines and atomoxetine in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *Drug Safety*, 33, 821-842.