

Fragmento de libro

MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TDAH (para psicólogos)



2.2 Escalas de tamizaje

Cuestionario para Escolares y Adolescentes Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (CEAL-TDAH, 2009)

Es un instrumento de tamizaje en español que se ajusta a las características culturales de Latinoamérica para evaluar probables casos de TDAH en niños y adolescentes. Lo diseñó un comité internacional integrado por psiquiatras, psiquiatras de niños y de adolescentes, neurólogos, neuropediatras y neuropsicólogos de 19 países de Latinoamérica. Está conformado por 28 reactivos que se responden en una escala de Likert con puntajes de 0 a 3. El puntaje total máximo es de 84 puntos. Se identifican tres factores: Inatención, Hiperactivo/impulsivo y Tempo cognitivo lento. La consistencia interna es de $\alpha = 0.96$, el valor de la correlación del puntaje total del CEAL-TDAH con el diagnóstico del TDAH fue moderado ($r = 0.45$, $p = 0.001$). En la validez convergente y la divergente, obtuvo una correlación significativa entre el puntaje obtenido en el CEAL y la EAA (Escala de Autovaloración del Déficit de Atención para Adolescentes) ($r = 0.89$, $p < 0.000$); con la escala SCARED (Screen for Children Anxiety Related Emotional Disorder), la correlación fue menor: $r = 0.31$ ($p = 0.003$) y con la DSRS (Escala de autoevaluación para la depresión de Birlson) no fue significativa: $r = 0.19$ ($p = 0.074$). En el análisis de confiabilidad temporal, obtuvo un coeficiente de correlación intraclase de 0.9697 (IC = 95%; rango 0.95-0.98). De acuerdo con las características psicométricas obtenidas se considera un instrumento útil no sólo para México sino para los países de América Latina.

Es un instrumento de tamizaje en español que se ajusta a las características culturales de Latinoamérica para evaluar probables casos de TDAH en niños y adolescentes

SNAP-IV (1999) (versión abreviada)

Es una revisión de la escala de Swanson, Nolan y Pelham (SNAP) adaptada a los criterios del DSM-IV para el TDAH. Evalúa los tres síntomas nucleares del trastorno; los reactivos 1-9 son los de inatención y los reactivos 10-18 son de hiperactividad e impulsividad. Es una escala que se responde en tipo Likert. Se califica sumando los puntajes de los reactivos y se divide entre 18, este resultado se compara con los puntos de corte para padres (1.78) y maestros (2.56).

Por otra parte, se pueden obtener puntuaciones parciales para la falta de atención, sumando los valores que pertenecen a este factor y se dividen por nueve, con puntos de corte para padres (1.44) y maestros (1.78). Para el factor de hiperactividad-impulsividad de igual forma se suman los valores de estos reactivos y se dividen entre nueve los puntos de corte, para padres son (1.67) y para maestros (2.0). Al margen de disponer de un punto de corte, la escala permite obtener el listado de síntomas de TDAH puntuados positivamente y compararlos con los criterios de los manuales de diagnóstico DSM-IV TR y (o) CIE 10.

Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH) (Farré, A. y Narbona. J., 1999)

Es una escala que evalúa los principales síntomas del trastorno por parte de los maestros, consta de 20 reactivos, que pueden comparar el comportamiento del alumno con el resto del grupo y valorar su conducta. La información puede ser contrastada con la de los padres, con la finalidad de identificar si se relaciona con el contexto o es generalizado en otros ambientes. Las características psicométricas en la población española de 6 a 12 años de edad, indican una consistencia interna de 0.929 y la validez convergente con el DSM-III fue de 0.677, lo que sugiere una fuerte correlación.

Escalas de Conners (Lara Muñoz y cols., 1998)

Son de las escalas más utilizadas en la actualidad y están basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV, evalúan conductas asociadas al TDAH y su grado de severidad. en niños de edad preescolar y escolar y se aplican a padres y maestros. Se han llevado a cabo diferentes versiones que se han validado y adaptado en diferentes países.

En México, se realizó la validación y adaptación de la Escala de Conners, versión larga, en escolares, obtiene una estructura factorial similar a la escala de Conners con 9 factores: trastornos de conducta, ansioso-depresivo, problemas escolares, hiperactividad-inmadurez, tensión muscular, problemas de lenguaje, antisocial, síntomas psicossomático y obsesivo compulsivo, con una consistencia interna de 0.70, excepto en los tres últimos factores. Cabe señalar que a pesar de obtener coeficientes bajos se considera una escala útil a nivel cualitativo.

2.3 DSM-IV, CIE 10 y aspectos del DSM-V

Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV

Trastorno por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador con los siguientes subtipos:

- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tipo Combinado (314.01)
- TDAH tipo predominio Déficit de Atención (314.00)
- TDAH tipo predominio Hiperactivo-Impulsivo (314.01)

Falta de atención	Hiperactividad-impulsividad
a) Con frecuencia no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas o actividades.	a) A menudo mueve en exceso manos o pies o se remueve en su asiento.
b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.	b) Con frecuencia abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado directamente.
c) Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.	c) A menudo corre, salta o trepa excesivamente en situaciones inapropiadas.
d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares u obligaciones (no se debe a comportamiento negativista o incapacidad para comprender instrucciones).	d) Con frecuencia tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
e) Con frecuencia tiene dificultades para organizar tareas y actividades.	e) A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares).	f) Con frecuencia habla en exceso.
g) Con frecuencia extravía objetos necesarios para tareas escolares o actividades (p. ej. juguetes, tareas, lápices, etc.).	g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.	h) Con frecuencia tiene dificultades para guardar su turno.
i) Con frecuencia es olvidadizo en las actividades diarias.	i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).

A1. Seis o más de los síntomas de falta de atención han persistido al menos durante seis meses con una intensidad que impide la adaptación y no es acorde con el nivel de maduración y desarrollo.

A2. Seis o más de los síntomas de hiperactividad e impulsividad han persistido al menos durante seis meses con una intensidad que impide la adaptación y no es acorde con el nivel de desarrollo y maduración.

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

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas están presentes en dos o más ambientes (por ejemplo en la escuela, en casa, etc).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social y académica.

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 trastorno de la personalidad).

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado: Si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención:

Si se satisface el criterio A1, pero no el criterio A2 durante los últimos 6 meses. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.

Si se satisface el criterio A2, pero no el criterio A1 durante los últimos 6 meses. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.

Esta categoría incluye trastornos con síntomas prominentes de desatención o hiperactividad-impulsividad que no satisfacen los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

El DSM- IV TR menciona al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad no especificado (314.9). Esta categoría incluye trastornos con síntomas predominantes de desatención o hiperactividad-impulsividad que no satisfacen los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Propuestas del grupo de trabajo de TDAH para el DSM-V

(<http://www.dsm5.org/about/Pages/DSMVOverview.aspx>)

Desaparecen los subtipos y se codifica el trastorno por déficit de atención como una nueva categoría. Se mantiene el subtipo inatento y se requieren no más de 2 síntomas de hiperactividad para considerarlo trastorno. Se añaden nuevos síntomas de impulsividad y síntomas en la edad adulta. Se ha considerado la edad de inicio del trastorno no posterior a los 12 años, diferenciando el comienzo de la disfunción. Eliminan el criterio de exclusión de trastornos generalizados del desarrollo

CIE-10 Trastornos de comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F90-F 98)

Trastornos hipercinéticos (F90)

Trastorno de la actividad y de la atención (F90.0)

Los criterios incluyen :

- 1.- Individuos cuyos síntomas y alteraciones satisfacen los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, del tipo con predominio del déficit de atención, pero en los que la edad de inicio es de 7 años o más.
- 2.- Individuos con alteraciones clínicamente significativas que presentan inatención y cuyo patrón de síntomas no cumple todos los criterios del trastorno, sino que presentan un patrón de comportamiento caracterizado por lentitud, ensoñación e hipoactividad.

La diferencia entre las clasificaciones son las pautas para el diagnóstico y no los criterios diagnósticos, la CIE-10 es más restrictiva al exigir que se cumplan 6 o más síntomas de desatención, 3 de hiperactividad y uno de impulsividad: corresponden a un diagnóstico de TDAH combinado y más severo que en el DSM-IV. Así mismo, no existe subtipo inatento, hiperactivo- impulsivo o combinado. En la CIE-10 se describe el trastorno hipercinético, de la actividad y de la atención.

El diagnóstico lo realizan el médico especialista o el psicólogo clínico con entrenamiento en TDAH, sustentado en el ejercicio clínico, a través de su consulta especializada, recopilando la información en la historia clínica bajo un sistema de multiinformantes. No se requieren pruebas de laboratorio o gabinete para establecer el diagnóstico (De la Peña y cols., 2010).

2.4 Evaluación psicológica

Es importante recordar que las pruebas no son diagnósticas del TDAH, la evaluación no sustituye en ningún caso a la valoración clínica, sino que sirve de apoyo a ésta.

La evaluación neuropsicológica debe identificar las dimensiones de la conducta: Cognición (manejo de la información), emoción (sentimientos y motivación) y funciones ejecutivas (calidad de la expresión de la conducta), con la finalidad de establecer estrategias de intervención y programas de estimulación.

La integración de los resultados obtenidos deben reportarse de forma cuantitativa y cualitativa, para ubicar al paciente dentro de un rango de normalidad y la forma en la que se lleva a cabo el proceso. Se considera importante que el estudio debe responder las preguntas que se plantean al inicio de la evaluación y estén acordes a los objetivos.

Es importante mencionar que algunos pacientes con TDAH presentan alteraciones en las pruebas neuropsicológicas, las que no son específicas o exclusivas a este trastorno.

La evaluación de las funciones ejecutivas debe de realizarse desde el enfoque ecológico, es decir considerar también el funcionamiento en la vida cotidiana y no sólo enfocarse a los resultados obtenidos en las pruebas.

Diseño de batería psicológica

El psicólogo clínico debe considerar para la elección de las pruebas y diseño de la valoración, la edad del paciente, el nivel de escolaridad y el objetivo de la evaluación.

En el anexo 4 se presenta un listado de las pruebas neuropsicológicas más utilizadas en la evaluación de TDAH.

2.5. Diagnóstico diferencial

La hiperactividad y(o) la falta de atención pueden ser signos o síntomas en diferentes cuadros con los que hay que hacer un diagnóstico diferencial, o pueden coexistir con otros trastornos.

Enfermedades orgánicas

- Alteraciones tiroideas (hipotiroidismo/hipertiroidismo)
- Intoxicaciones por diversos tratamientos farmacológicos
- Problemas neurológicos (epilepsia)
- Trastornos auditivos periféricos o centrales
- Trastornos graves de nutrición
- Trastornos visuales severos

Trastornos psiquiátricos

- Trastornos del Desarrollo del Espectro autista

- Trastorno internalizados: trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad
- Trastornos externalizados: trastorno oposicionista desafiante, de conducta
- Abuso de alcohol y sustancias
- Trastornos específicos del aprendizaje
- Trastornos de lenguaje

Como parte del diagnóstico diferencial es necesario considerar factores familiares y(o) psicosociales que pueden afectar al paciente y originar un cuadro con manifestaciones parecidas a las que tienen los niños con TDAH tales como:

- Madre/padre con trastorno mental.
- Muerte de un familiar/amigo muy querido/mascota a la que se haya tenido mucho apego.
- Familia numerosa.
- Madre/padre alcohólico, farmacodependiente, delincuente.
- Peleas de los padres.
- Ambiente poco afectuoso.
- Vivir en un ambiente conflictivo/violento.
- Cambio brusco hacia un nivel económico y social.

2.6. Qué hacer si ya lo detecté

(anexo 5).

3. ¿Qué hacer?

3.1 Cómo trabajar con el médico tratante

El papel del psicólogo clínico es canalizar a los pacientes con el médico tratante ya que como se mencionó, el TDAH es un trastorno neurobiológico y el tratamiento de elección es farmacológico, en el que se debe de considerar la severidad y grado de discapacidad. Se han desarrollado guías y algoritmos de tratamiento del TDAH que están basados en la evidencia científica. Es importante mencionar que el tratamiento reduce la manifestación sintomática del trastorno, mejorando el nivel de funcionalidad y calidad de vida tanto del paciente como de su familia.

La participación del psicólogo clínico no sólo consiste en las evaluaciones neuropsicológicas, sino en el diseño e implementación de estrategias dentro de la intervención psicosocial. En ésta, los objetivos son fortalecer la adhesión al tratamiento farmacológico y la continua vigilancia del medico tratante así como mantener comunicación sobre los avances y metas logradas en la intervención psicosocial.

La intervención psicosocial juega un papel importante en el tratamiento multimodal en el que se establecen estrategias específicas para el trabajo del paciente y su

Fragmento de libro



2.2 Escalas de tamizaje