

## Diagnóstico y Cormobilidad Del TDAH

ADOLFO PIÑÓN BLANCO, ENRIQUE VÁZQUEZ-JUSTO & SARA M. FERNANDES

**Resumen** El diagnóstico de TDAH es clínico y se fundamenta en una entrevista, que es considerada una de las herramientas más relevantes del proceso de evaluación. Presenta una elevada comorbilidad y, en la revisión de la literatura encontramos, una amplia variabilidad de la prevalencia del TDAH, que en parte, se debe a diferencias en la metodología utilizada. En lo que respecta al diagnóstico, existen tres síntomas que se consideran básicos en el TDAH (déficit de atención, hiperactividad y impulsividad) junto a otras particularidades. A lo largo de los años han sido varias las alteraciones a los criterios de diagnóstico según los sistemas de clasificación más utilizados (DSM y CID). En este capítulo, haremos referencia a los criterios actuales, bien como a las controversias y limitaciones diagnósticas.

**Palabras-Clave:** • THDA • Neuropsicología • Diagnóstico • Cormobilidad • Prevalencia

---

ENDEREÇO CORRESPONDENTE: Adolfo Piñón Blanco, Neuropsicólogo en Clínicas Êbam, Avd. Portela, 25 bj., 36163. Poio. Pontevedra (Spain) email: [adolfo@clinicasebam.com](mailto:adolfo@clinicasebam.com). Enrique Vázquez-Justo Ph.D., Universidade Portucalense, Portucalense Institute for Human Development (INPP), Portucalense Institute for Legal Research (IJP), R. Dr. António Bernardino de Almeida 541, 4200-072 Porto (Portugal), email: [enriquej@upt.pt](mailto:enriquej@upt.pt). Sara M. Fernandes Ph.D., Universidade Portucalense, Portucalense Institute for Human Development (INPP), Portucalense Institute for Legal Research (IJP), R. Dr. António Bernardino de Almeida 541, 4200-072 Porto (Portugal), email: [sarab@upt.pt](mailto:sarab@upt.pt).

<https://doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8.2> ISBN 978-961-6842-80-8

© 2017 Institute for Local Self-Government Maribor

Disponível online em <http://www.lex-localis.press>.

## ADHD Diagnosis and Cormobility

ADOLFO PIÑÓN BLANCO, ENRIQUE VÁZQUEZ-JUSTO & SARA M. FERNANDES

**Abstract** The diagnosis of ADHD is clinical and is based on an interview, which is considered one of the most relevant tools of the evaluation process. It presents a high comorbidity and, in the review of the literature, we found a wide variability of the prevalence of ADHD, which in part, is due to differences in the methodology used. Regarding diagnosis, there are three symptoms that are considered basic in ADHD (attention deficit, hyperactivity and impulsivity) along with other particularities. Over the years there have been several alterations to the diagnostic criteria according to the most commonly used classification systems (DSM and ICD). In this chapter, we will refer to the current criteria, as well as to the controversies and diagnostic limitations.

**Keywords:** • ADHD • Neuropsychology • Diagnosis • Cormobidity • Prevalence

---

CORRESPONDENCE ADDRESS: Adolfo Piñón Blanco, Neuropsicólogo en Clínicas Êbam, Avd. Portela, 25 bj., 36163. Poio. Pontevedra (Spain) email: [adolfo@clinicasebam.com](mailto:adolfo@clinicasebam.com), Enrique Vázquez-Justo Ph.D., Universidade Portucalense, Portucalense Institute for Human Development (INPP), Portucalense Institute for Legal Research (IJP), R. Dr. António Bernardino de Almeida 541, 4200-072 Porto (Portugal), email: [enriquej@upt.pt](mailto:enriquej@upt.pt). Sara M. Fernandes Ph.D., Universidade Portucalense, Portucalense Institute for Human Development (INPP), Portucalense Institute for Legal Research (IJP), R. Dr. António Bernardino de Almeida 541, 4200-072 Porto (Portugal), email: [sarab@upt.pt](mailto:sarab@upt.pt).

<https://doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8.2> ISBN 978-961-6842-80-8

© 2017 Institute for Local Self-Government Maribor

Available online at <http://www.lex-localis.press>.

El diagnóstico de TDAH es clínico y se fundamenta en una entrevista, que es considerada una de las herramientas más relevantes del proceso de evaluación. En dicha entrevista, un profesional cualificado debe realizar una amplia historia clínica en la que se valora la historia personal y familiar, realiza un detallado examen físico, mental y neurológico, y utilizando los criterios del manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana “DSM-5” o la clasificación internacional de las enfermedades de la Organización Mundial de la Salud “CIE-10”, establecer un diagnóstico en aquellos niños que presentan algunos de los síntomas característicos del trastorno (hiperactividad, impulsividad o inatención) cuando esta sintomatología tiene una clara repercusión funcional en el ámbito personal, familiar, académico y/o social, y tras haber descartado otros trastornos o problemas que puedan estar justificando la sintomatología observada (NICE, 2009).

Tras la entrevista inicial (revisión de informes médicos y pruebas, del historial escolar, información en diferentes ambientes, criterios diagnósticos), con el objeto de completar la evaluación, se pueden utilizar diferentes pruebas neuropsicológicas en función de cada caso individual que nos van a, aportar datos sobre el funcionamiento cognitivo del paciente en los diferentes subprocesos atencionales o ejecutivos, permitir establecer un perfil neuropsicológico de cada paciente y facilitar el diagnóstico de los diferentes subtipos de TDAH.

A través de un análisis de estudios publicados en la literatura científica es posible encontrar una amplia variabilidad de la prevalencia del TDAH. Esta discrepancia, en parte, se debe a diferencias en la metodología utilizada: diferentes criterios diagnósticos, rangos de edad evaluados, fuente de información, origen de las muestras, etc. (Barbarelli, 2002; Camargos & Hounie, 2005; Cardo, Servera, Vidal, Azua, Redondo & Riutort, 2011; Cornejo, 2005; Faraone, Sergeant, Gillberg, Biederman, 2003; Kolb & Whishaw, 2009; Montiel-Nava, 2002; Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling & Rohde, 2014; Rhode, 1999).

Un estudio reciente, (Polanczyk, et al., 2014) concluye que en las últimas tres décadas, no ha habido ninguna evidencia que sugiera un aumento en el número de niños que cumplan con los criterios de TDAH cuando se siguen los procedimientos de diagnóstico normalizados.

Aunque en el DSM-5 se establezca un intervalo entre el 2,5% y el 5%, que probablemente sea el valor más aceptado por la comunidad científica, la realidad es que la variabilidad resulta muy elevada. DuPaul et. al. (1998) hablan de un intervalo entre el 2 y el 30% en la población general y Buitelaar et. al. (1996), en una amplia revisión sobre el tema, la sitúan entre el 4 y el 17% con un elevado grado de variabilidad en función de la estrategia utilizada, los criterios clínicos y los puntos de corte aplicados, la edad, el sexo, las características sociodemográficas, los subtipos de TDAH y la comorbilidad. Otros estudios, hacen referencia a una prevalencia media a nivel mundial

de 5.29% (Polanczyk, Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007) teniendo la población general de adultos, una prevalencia de 3-4% (Fayyad, 2007; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas & Walters, 2005).

En España, E. Cardo et. al. (2007) determinaron que la tasa de prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en escolares de 6 a 11 años de la isla de Mallorca es de 4,6% (intervalo de confianza al 99%: 3,0-5,8%), de los cuales el 1,26% fueron del subtipo hiperactivo, el 1,06% del subtipo inatento y el 2,25% del subtipo combinado. L. Rodríguez Molinero et. al. (2009) indican una tasa global de prevalencia del 6,66% (IC 95%: 5,1-8,1%), de los cuales el 1% fueron del subtipo hiperactivo, el 1,27% del subtipo inatento y el 4,38% del subtipo combinado. La tasa de prevalencia en el sexo masculino (8,97%) es significativamente superior a la del sexo femenino (4,17%). No aparecen diferencias significativas por cursos, ni por tipo de centro, ni por zona. La tasa de prevalencia en educación primaria (6,8%) es similar a la de educación secundaria (6,48%). M. Fernández Pérez et. al. (2012) estiman una tasa de prevalencia del 6%.

Por otro lado, Lora Muñoz & Moreno García (2010) estudiaron la prevalencia de sintomatología hiperactiva y el déficit de atención a través de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) y del criterio clínico (percentil 98) establecido por la "Escala de valoración del TDAH-IV" (ADHD Rating Scale IV; DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid, 1998). Los resultados, teniendo en cuenta la distribución de los subtipos del TDAH, muestran un porcentaje global a nivel clínico del 4,8% (1,2% subtipo combinado, 2% subtipo hiperactivo y 1,6% subtipo inatento), frente al 23% que ofrece el cribado mediante criterios diagnósticos (4,4% subtipo combinado, 2,6% subtipo hiperactivo y 16,8% subtipo inatento).

Parece clave la variable sexo, debido a que está probado que los niños son más propensos que las niñas en cifras que varían de 2 a 1 hasta 9 a 1 (APA, 2013; Caballo & Simón, 2001) y que las niñas, presentan con mayor frecuencia, problemas de inatención y cognitivos, más que sintomatología de impulsividad o agresividad (APA, 2013; Rodríguez Sacristán, 2000).

Se estima que más del 80% de los niños que presentan el trastorno TDAH, continuarán presentando el trastorno en la adolescencia, y entre el 30 y el 65% lo presentarán también en la edad adulta (Barckley, 1985).

Un estudio longitudinal publicado recientemente (Moffitt et. al., 2015), cuestiona la posibilidad de que, adultos que presentan el cuadro sintomático de TDAH puedan no tener un trastorno del desarrollo neurológico iniciado en la infancia. En sus resultados, el 90% de los casos de TDAH en adultos carecía de antecedentes de TDAH en la infancia. También de forma inesperada en sus resultados, el grupo de adultos con

TDAH no mostró déficits neuropsicológicos testados en la infancia o en la edad adulta, y tampoco mostraron riesgos de poligenia de TDAH en la infancia.

Asimismo la variable edad tiene un fuerte peso en la prevalencia del trastorno. El diagnóstico de TDAH, en sí mismo no es grave, pero que trae asociados un gran número de problemas y consecuencias que sí lo pueden ser (Ramos-Quiroga et. al., 2006b). Por este motivo, es muy importante que se realice un buen diagnóstico a tiempo y que se instaure un tratamiento adecuado (Ramos-Quiroga JA, Bosch R, Casas, 2006a).

Existen tres síntomas que se consideran básicos en el TDAH (Hidalgo, 2007):

- Déficit de atención, interpretado como falta de perseverancia en la atención o atención dispersa.
- Hiperactividad, entendida como movimiento excesivo e indiscriminado, hiperkinesia.
- Impulsividad, la cual se considera una dificultad en el control de impulsos.

Estos síntomas son comunes en los dos sistemas de clasificación más utilizados (DSM-5 y CIE-10), junto con otras particularidades, tales como:

1. Mantenimiento de los síntomas a través del tiempo.
2. Que el desajuste se produzca en al menos dos contextos diferentes (escuela, hogar, grupo de compañeros, etc.) (APA, 2013).

La quinta edición del DSM (APA, 2013) ha presentado alteraciones al diagnóstico de TDAH, en relación a la edición anterior (DSM-IV-TR). Las alteraciones están relacionadas con la inclusión del diagnóstico en adolescentes y adultos, con la presencia de, por lo menos, cinco criterios y, un aumento de la edad mínima de aparición de los síntomas, de 7 años (DSM-IV-TR) a 12 años (DSM-V). Además, ha cambiado el dominio de clasificación. El TDAH en el DSM-IV estaba incluido en el grupo de los denominados trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia y, en particular, en la clase de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador y proporciona los criterios, actualmente, en el DSM-5 (2013), el TDAH está incluido dentro del grupo de los trastornos del neurodesarrollo (Cuadro N°1) para su diagnóstico, que se describen a continuación, siendo dichos criterios manejados solamente por profesionales.

### **Cuadro 1.**

Criterios del DSM-5

A- Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

## 1. Inatención

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

## 2. Hiperactividad e Impulsividad

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.).
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor” (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).

Ejemplos presentación clínica inatento:

- Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (ej: materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo, no cumple los plazos).
- Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (ej: materiales escolares, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
- Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (ej: hacer las tareas, en adolescentes, mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

Ejemplos hiperactividad e impulsividad:

- Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (ej: en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- Con frecuencia corretea o trapa en situaciones en las que no resulta apropiado. NOTA: en adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto).
- Con frecuencia le es difícil esperar su turno (ej: mientras espera una cola)

B- Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C- Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).

D- Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E- Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

También especificar si:

- En remisión parcial: cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico y laboral.

Especificar la gravedad actual:

- Leve: Pocos o ningún síntoma están presente más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas solo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.
- Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.
- Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

En el caso de que no se cumplan los criterios establecidos para cualquiera de los subtipos mencionados, se diagnostica como “otro trastorno por Déficit de atención con hiperactividad especificado” o como un «trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado». En el primer caso, el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios, registrando «otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad específico» y a continuación el motivo especificado (ej. «con síntomas de inatención insuficientes»). En el segundo caso, se opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de trastorno e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Los criterios de diagnóstico CIE –10 (Pliszka, Carlson & Swanson, 1999) para el trastorno hiperactivo son:

## **Cuadro 2.**

Criterios de diagnóstico CIE –10.

### Déficit de atención

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias

### Hiperactividad

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

#### Impulsividad

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

\* El inicio del trastorno no es posterior a los siete años.

\* Los criterios deben cumplirse en más de una situación.

\* Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.

\* No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

#### Cuadro 3.

Códigos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

F90.2 Tipo combinado (314.01).

F90.0 Tipo con predominio del déficit de atención (314.00).

F90.1 Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01).

F90.8 Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado (314.01).

F90.9 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado (314.1).

#### Comorbilidad

Uno de los aspectos relevantes del TDAH es su elevada comorbilidad o presentación en un mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos. Asociándose frecuentemente con otros trastornos psiquiátricos (Goldman, Genel, Bezman & Slanetz, 1998).

La mayoría de expertos, coincide en que el 40-60% de los pacientes con TDAH presenta al menos un trastorno comórbido (Goldman, Genel, Bezman & Slanetz, 2001), aunque otros autores han observado una comorbilidad de hasta el 60-80% (Jensen,

Martin & Cantwell, 1997). En España (Rodríguez Molinero et. al., 2009), el 71% de los casos de TDAH presenta algún tipo de comorbilidad, con un 46% en trastornos de ansiedad, 31% trastornos de comportamiento, 9% trastornos de estado de ánimo, 10% trastornos por tics y 12% enuresis.

Un estudio realizado en Suecia (Jensen, Martin & Cantwell, 1997), muestra que el 87% de niños que cumplían todos los criterios de TDAH tenían, por lo menos, un diagnóstico comórbido, y que el 67% cumplían los criterios para, por lo menos, dos trastornos comórbidos.

Determinadas características aumentan la probabilidad de que emerja un trastorno comórbido y pueden estar relacionadas con el paciente (adolescente, edad elevada al diagnóstico, bajo cociente intelectual, escaso nivel cultural y educativo, trastornos específicos del aprendizaje, trastorno en la lecto-escritura), el TDAH (subtipo combinado, inicio precoz, grave, de larga evolución, con agresividad) o los antecedentes familiares (TDAH, trastorno bipolar y depresión).

Entre las comorbilidades más frecuentes se encuentran los, trastornos de abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos emocionales, trastornos del aprendizaje, trastornos de la personalidad, trastorno oposicionista-desafiante, trastornos de conducta y otros como los tics, trastornos de sueño, trastornos de coordinación y percepción, autismo (Barkley, 2006; Roizblatt, Bustamante & Bacigalupo, 2003), a pesar de que las frecuencias presentan variabilidad entre estudios.

En la tabla 1 y tabla 2, presentamos las comorbilidades más frecuentes y sus respectivas frecuencias, en función de varios estudios:

**Tabla 1:** Comorbilidades más frecuentes (Barkley, 1998)

TRASTORNOS CO-MÓRBIDOS	Frecuencia
Trastornos de ansiedad	25%-50%
Trastornos del ánimo	20%-40%
Conductas antisociales	18%-38%
Alteraciones del aprendizaje (ej. Dislexia)	20%
Trastornos de personalidad en general	10%-20%

**Tabla 2:** Comorbilidades más frecuentes en otros estudios

TRASTORNOS CO-MÓRBIDOS	Frecuencia
Trastorno de la Conducta y/o Trastorno Oposicionista Desafiante (Faraone, Biederman, & Monuteaux, 2002; Gillberg <i>et al.</i> , 2004);	50%-60%
Dificultades Específicas de Aprendizaje	45,10%

(DuPaul, Gormley & Laracy, 2013)	
Trastornos psiquiátricos (Trastornos del humor, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad/depresión y los trastornos de personalidad) (Cumyn, French, & Hechtman, 2009; Sobanski, 2006)	65%-89%
Trastorno de Tourette (Gillberg <i>et. al.</i> , 2004; Hodgkins <i>et. al.</i> , 2013; Steinhausen <i>et. al.</i> , 2006)	6,5%

Teniendo en cuenta lo anterior, el diagnóstico de TDAH requiere la elaboración de una minuciosa historia clínica, que nos permita realizar un buen diagnóstico diferencial. Entre otros motivos, por la frecuencia de trastornos comórbidos que pudieran enmascarar los síntomas del propio TDAH o complicar posteriormente la respuesta al tratamiento (Geurts, Verte, Oosterlaan, Roeyers & Sergeant, 2005).

#### Controversias y limitaciones diagnósticas

Los criterios diagnósticos europeos para el trastorno hiperactivo según está definido por la CIE-10 son más restrictivos que los criterios diagnósticos del DSM-V para el TDAH, ya que, necesitan un mayor grado de expresión sintomatológica. A diferencia del DSM-V, la CIE-10 no permite la clasificación de los tres subtipos, pero enumera criterios operacionales similares para el trastorno. En todos los estudios que utilizan la CIE-10, la prevalencia del TDAH es considerablemente menor que en los que utilizan los criterios del DSM-IV (NICE, 2009).

La guía NICE (2009) recomienda que pueda hacerse el diagnóstico de TDAH en algunos casos en que el inicio de los síntomas se sitúa entre los 7 y los 12 años.

Autores como, Geurts et al refieren que la única diferencia entre el TDAH combinado y el TDAH inatento es la eficacia en las tareas de control inhibitorio y neuropsicológico; ya que, no se encuentran otras diferencias relevantes entre ambos subtipos (Geurts et al., 2005).

Por otro lado, aunque la CIE-10 y el DSM-V aportan criterios diagnósticos bien estructurados para el TDAH y para el trastorno hiperactivo, presentan debilidades. Ambos manuales estipulan que al tomar una decisión diagnóstica sobre TDAH/Trastorno hiperactivo, es importante considerar la información sobre el funcionamiento del niño en diferentes contextos, sobre todo en casa y en el colegio. No se dan pautas específicas de cómo usar la información derivada de padres y profesores, y de cómo combinar los informes de diferentes informantes cuando se toman decisiones clínicas y, finalmente, no se especifica cómo evaluar las alteraciones funcionales más significativas de los síntomas en diferentes contextos (Dopfner, Breuer, Wille, Erhart & Ravens-Sieberer, 2008).

**Referencias / References:**

- American Psychiatric Association [APA] (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition* (Washington, DC: American Psychiatric Association).
- Barbarelli, W. J., Katusic, S. K., Colligan, R. C., Pankratz, V. S., Weaver, A.L., Weber, K. J., et al. (2002) How common is attention-deficit/ hyperactivity disorder? Incidence in a population-based birth cohort in Rochester, Minn. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156, pp. 217-224.
- Barkley, R.A. (2006) Symptoms, diagnosis, prevalence and gender differences 26, In: Barkley, R. A. (ed) *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for diagnosis and treatment*, 3<sup>a</sup> Ed (London: The Guilford Press), pp. 77-121.
- Barkley, R. A. (1998) *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (New York: Ed. Guilford Press).
- Barkley, R. A. (1995) *Taking Charge of AD/HD: The Complete Authoritative Guide for Parents* (New York: Guilford Press).
- Buitelaar, J. K. & Van Engeland, H. (1996) Epidemiological approaches, In: Sandberg, S. (ed.) *Hyperactivity disorders of childhood* (Cambridge: Cambridge University Press), pp. 26-68.
- Caballo, V. & Simón, M. A. (2001) *Manual de psicología clínica infantil y adolescente* (Madrid: Pirámide).
- Cardo, E., Servera, M., Vidal, C., Azua, B., Redondo, M. & Riutort, L. (2011) Influencia de los diferentes criterios diagnósticos y la cultura en la prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad, *Rev Neurol*, 52(1), pp. 109-117.
- Cardo, E., Servera, M. & Llobera, J. (2007) Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca, *Rev Neurol*, 44, pp. 10-14.

