

## ÍNDICE

1. Introducción
2. Comorbilidades del TDAH y síndrome MIX
3. ¿Cómo plantear el diagnóstico diferencial?
4. El primer paso: identificar los criterios diagnósticos y el fenotipo
5. Orientación práctica del TDAH subtipo combinado
6. Claves para el diagnóstico diferencial en TDAH-C
  - 6.1. Ansiedad
  - 6.2. Comportamiento oposicional-desafiante
  - 6.3. Diagnóstico diferencial de la irritabilidad
7. Orientación clínica del TDAH con predominio del déficit de atención: cuando el escolar es "predominantemente inatento"
8. Enfermedades y trastornos que pueden manifestar TANV
9. El diagnóstico diferencial entre los TANV y el Trastorno de Asperger no es fácil
10. Bibliografía

Félix cumple criterios para TDAH-DA. Se distrae rápidamente por cualquier estímulo externo y, fácilmente se satura en lugares con muchos estímulos, tanto visuales como auditivos. Manifiesta especialmente distrabilidad interna y cumple la descripción para el fenotipo clínico denominado *Sluggish Cognitive Tempo*. Su sala de estudio debe estar, por tanto, aislada de manera apropiada del resto de la vivienda a través un "hilo musical" que "fabrica" mediante música suave que crea una "burbuja musical", lo que le impide que "escuche" y "se distraiga" con los ruidos que vienen de fuera. El perfil del comportamiento atencional de Félix se describe como rutinario y repetitivo. Tiene tendencia a hiperconcentrarse y manifiesta dificultades en sus competencias sociales. No parece tener dificultades auditivas significativas, y tampoco parece tener problemas para discriminar la información auditiva o para oír y comprender. Su coordinación motora es normal.

**El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)** no siempre se expresa de la misma forma, y muchos de sus comportamientos pueden ser malinterpretados. El pediatra suele atender a pequeños que protestan ante nuevos alimentos o personas desconocidas, que protestan cuando se les lleva a la cama, o que se sobresaltan ante ruidos y luces inesperadas. Se enfrenta al diagnóstico de niños que son hiperactivos y distraídos, que tienen un humor negativo, que se muestran irritables y manifiestan comportamientos extraños. Es importante, entonces, que el pediatra tenga las claves para determinar en unos pocos minutos de consulta lo relevante de la información familiar, y sepa cómo advertir los signos de alerta de una correcta exploración. En definitiva, que sea capaz de ofrecer una rápida y adecuada interpretación del comportamiento infantil, desde la perspectiva del neurodesarrollo.

### 1. Introducción

Los siguientes casos clínicos ilustran la diversidad clínica a la que el pediatra debe enfrentarse a diario.

#### **Manuel, 14 años:**

Diagnóstico principal: déficit cognitivo (CIV 58, CIM 64, CIT = 58-68). La descripción clínica lo define como inatento. Se distrae "en su mundo". Se evade "con sus tics": **movimientos con las manos que realiza como un ritual para hiperconcentrarse.**"El se concentra así, y se evade del mundo", dice su madre. La exploración evidencia estereotipias motoras, tics y rituales complejos. Pobre comunicación visual. El propio niño dice: "A veces me llaman, y estoy pensando en otra cosa, no contesto". Es excesivamente tímido, muy nervioso. Tiene una muy escasa tolerancia a las frustraciones:"Es impaciente, lo que provoca explosiones de mal genio", nos explican.

"Cuando veo un programa, una película, o una serie que me gusta hago movimientos extraños con prendas como por ejemplo calcetines, trapos de tela y gasas... y hay veces que las muerdo y babeo y también hago ese movimiento con la cabeza" **(Manuel)**

### Violeta, 13 años:

Motivo de consulta inicial: problemas de aprendizaje y falta de atención. Las particularidades prácticas pueden resumirse así: dificultades para orientarse en el espacio; por las calles, etc., o para orientarse en el papel. Dificultades para el cálculo. Pobreza marcada de habilidades sociales, labilidad emocional y comportamientos emocionales inmaduros. Repetitiva: "No se le pueden anticipar acontecimientos". Obsesión por los bebés. Tiene la necesidad de que le miren a la cara mientras la hablan. Lenguaje: "**Le cuesta entender el lenguaje implícito u oculto**". Torpeza motora. Electroencefalograma: lentificación global del trazado. Antecedentes personales: gran prematuro. La impresión clínica que se tuvo inicialmente se recoge también en las siguientes dudas sobre el planteamiento diagnóstico: ¿Cuál es su capacidad y rendimiento intelectual verbal y no verbal? ¿Cumple con los criterios para el Síndrome DAMP de Gillberg? ¿Se trata de un trastorno del aprendizaje no verbal? ¿Cumple criterios para TDAH y DAMP al mismo tiempo?

### Diego, 12 años:

Tiene unas puntuaciones para el Cuestionario del ADHD *Rating Scale IV* de: DA = 16 (p94-95) HI = 10 (p75-80). Esto ofrece una **impresión clínica de TDAH-DA (*Sluggish Cognitive Tempo*)**. **Comorbilidad:** impulsividad. Trastorno obsesivo-compulsivo. Tricotilomanía desde los 8 años. Trastorno del aprendizaje. **Descripción clínica:** tiene problemas de distractibilidad interna; "Está siempre en su mundo interior de juegos", dice la madre. "No es capaz de escribir ni una sola frase por sí solo". Tiene muy baja autoestima: "No asume que se sabe las cosas". Se propone tratamiento con metilfenidato.

**Tabla 5.1**  
**Claves de casos clínicos**

**Manuel, 14 años**

- 1) Se distrae en su mundo: rituales para hiperconcentrarse
- 2) Estereotipias motoras y tics
- 3) Pobre comunicación visual
- 4) Escasa tolerancia a las frustraciones: explosiones de mal genio

**Violeta, 13 años**

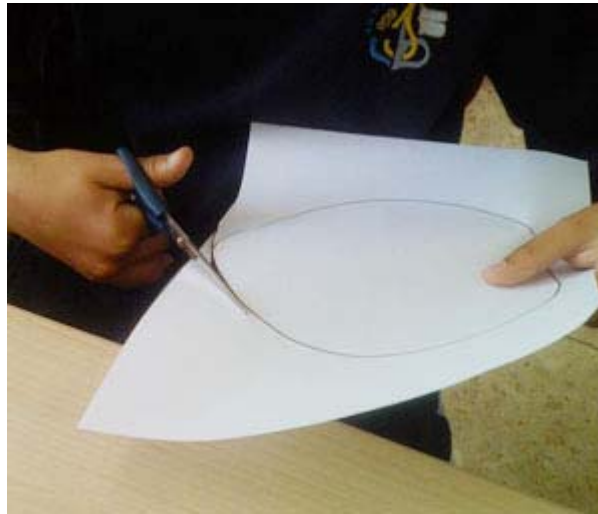
- 1) Dificultades para orientarse en el espacio y en el papel
- 2) Pobreza de habilidades sociales
- 3) Repetitiva: "No se le pueden anticipar acontecimientos"
- 4) "Le cuesta entender el lenguaje implícito u oculto"
- 5) Torpeza motora

**Diego, 12 años**

- 1) ADHD Rating Scale IV: DA = 16 (p94-95) H I= 10 (p75-80)
- 2) Trastorno obsesivo-compulsivo: tricotilomanía

El 80% de los casos de TDAH son primarios, esto es de origen genético. El 20% restante es la consecuencia clínica de algún factor derivado del ambiente, como las complicaciones de la prematuridad, el parto y otras situaciones de riesgo neurológico para el lactante. Las diferencias semiológicas entre todos estos casos van a ser enormes.

El TDAH, por otro lado, no suele presentarse de forma aislada o como un síndrome TDAH "puro". Menos del 30% de todos los chicos se manifiesta únicamente por la tríada nuclear de distractibilidad, hiperactividad e impulsividad. Según el MTA Cooperative Group, hasta el 40% de los casos de TDAH investigados manifestaba un comportamiento oposicional y desafiante, más del 30% trastorno de ansiedad, y otros porcentajes menores hacían referencia al trastorno de conducta, los tics, los trastornos del humor y del estado de ánimo, o torpeza motora.



**Figura 5.1**

**Recortar un círculo de 10 cm de diámetro en una hoja de papel**

### **2. Comorbilidades del TDAH y síndrome MIX**

El TDAH se comporta a veces como un factor de riesgo evolutivo de algunos de los problemas más comunes que lo acompañan: cefalea, trastornos del sueño, dificultades en el aprendizaje, temperamento inflexible y explosivo, torpeza motora o tics ¿Debe interpretarse esta semiología como un síntoma más del TDAH? Otro grupo de chicos presenta un cuadro clínico caracterizado por los síntomas nucleares del TDAH, sus consecuencias, y un abanico variable de síntomas o de dificultades (comorbilidades) que se asocian aunque no son la consecuencia directa del TDAH. Estas personas manifiestan síntomas propios de otros trastornos con entidad propia, que separados del TDAH constituyen procesos independientes (comorbilidades): trastorno oposicional desafiante, trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, depresión, trastornos específicos del aprendizaje, trastorno de Tourette, trastorno disocial. La explicación podría estar en la coexistencia en un mismo sujeto de procesos que comparten genes en común.

Padecer TDAH supone un riesgo elevado de sufrir otras entidades. La posibilidad de padecer un trastorno psiquiátrico es del 44% y hasta del 11% si se trata de tres trastornos. El 75% de los preescolares, y el 80% de los niños mayores tiene al menos un trastorno asociado al TDAH.

Consecuencias: "Los niños con varios trastornos comórbidos desarrollan mayores mermas psicosociales respecto a aquellos con solo una –o ninguna– patología concurrente".

El TDAH debe definirse en el contexto de un continuo clínico como el que se propone en la **Figura 2**. Este modelo parte del DSM-IV y de sus dos subtipos principales (TDAH-C y TDAH-DA). El **espectro clínico del TDAH** se define por un continuo donde se expresan desde las dificultades emocionales y de la conducta hasta el aprendizaje y la comunicación.



**Figura 5.2**  
Recortar un círculo de 10 cm de diámetro en una hoja de papel

## Capítulo 5 Diagnóstico diferencial del TDAH.

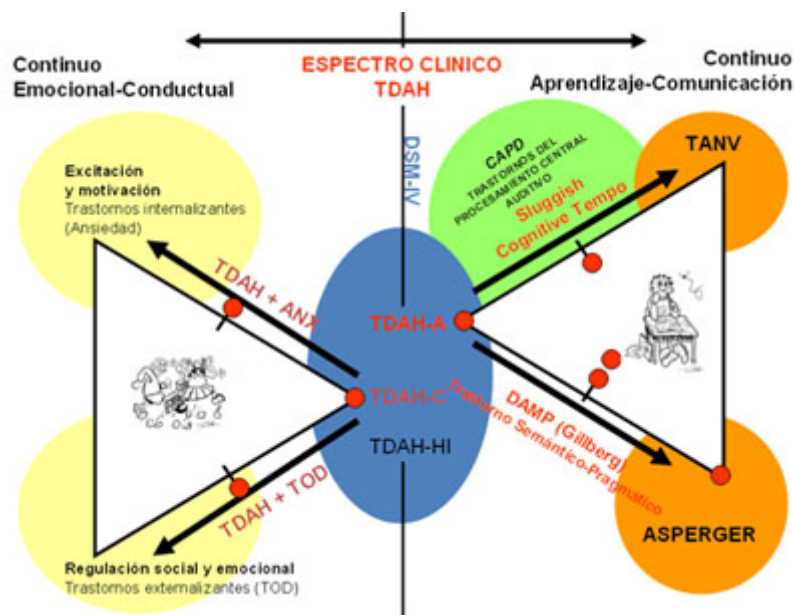


Figura 5.3

La pirámide izquierda relaciona al TDAH con los trastornos internalizantes (ansiedad principalmente) y externalizantes (trastorno oposicional desafiante). Entre sus vértices situamos los fenotipos descritos para el TDAH-C. En la pirámide derecha describimos los desórdenes que implican el aprendizaje y el binomio comunicación-socialización. Hemos ubicado en sus vértices a los trastornos del aprendizaje no verbal (TANV) y al trastorno de Asperger (TA). En nuestra experiencia, hasta un 7,2% de los chicos que acuden por sospecha de hiperactividad o trastorno del aprendizaje tienen en realidad un TA (**García Reymundo et al, 2006**). El continuo que va desde el TDAH-DA hasta el TA incluye a niños que manifiestan los síntomas propios del trastorno DAMP (Gillberg) y del trastorno semántico-pragmático del lenguaje. Entre los vértices que relacionan el TDAH-DA y los TANV se encuentra el *Sluggish Cognitive Tempo*. Ambas pirámides son en sí mismas un continuo clínico, y algunos chicos pueden encontrarse en un punto intermedio. En el espectro aprendizaje-comunicación se incluye a los trastornos del procesamiento central de la información auditiva (CPAD) por su íntima relación con el TDAH-DA.

Martin Kutscher defiende un modelo un tanto controvertido que explica el concepto de continuidad entre el TDAH y cierta patología que "acompaña". Este autor presenta al TDAH en el contexto de un "síndrome MIX", que queda definido como un continuo clínico en el que se manifiestan de forma variable los síntomas de algunos trastornos del aprendizaje y del espectro autista, los secundarios al síndrome de Tourette, el trastorno bipolar, el comportamiento oposicional-desafiante y los trastornos en el procesamiento central auditivo, entre otros muchos. Martin Kutscher define el síndrome MIX como una realidad clínica secundaria a la combinación de rasgos genéticamente determinados que se presentan al mismo tiempo. Cada uno de estos problemas puede

exacerbar a los demás y algunos de ellos pueden tener una presentación familiar, con su propio gradiente de severidad y su determinado nivel de impacto.

**"Shadow syndrome" (Ratey y Johnson, 1998):** algunos niños con TDAH manifiestan síntomas poco evidentes al explorador (por ejemplo, los síntomas depresivos), que quedan, de alguna forma, ocultos entre la maraña de signos más "relevantes". Puede que estos síntomas "comórbidos" no alcancen la categoría de "trastorno" (siguiendo el ejemplo propuesto, los síntomas depresivos no llegan a cumplir la categoría de depresión infantil). El interés para el pediatra es advertirlos como marcadores de riesgo, dado que su tratamiento beneficiará a la intervención global del individuo. Si volvemos al ejemplo, la explicación a la falta de mejoría después del tratamiento del TDAH puede estar en que no hemos considerado los síntomas depresivos como una prioridad terapéutica antes del planteamiento general.

**Síndrome MIX (TDAH y trastorno del espectro autista):** el TDAH y los trastornos del espectro autista (TEA) pueden solaparse durante la edad escolar, sin embargo, el diagnóstico "mixto" no está previsto en el DSM-IV. Se han investigado por ello los marcadores de disfunción atencional en autismo analizando la atención selectiva visual, la motricidad fina (manual), la atención sostenida (auditiva), la inhibición de respuesta y la atención dividida. Los casos de TEA + TDAH (especialmente el subtipo TDAH-C) demuestran más déficit de atención, particularmente en atención sostenida e inhibición de respuesta, a diferencia de los chicos con TEA "puros" en los que estos parámetros parecen normales. Los niños con TEA + síntomas TDAH, por tanto, pueden mostrar un perfil claro de distractibilidad, lo que sugiere la existencia de un "subtipo clínicamente válido" (Hirabayashi S. et al, Nagano Children's Hospital, Japan: 10.<sup>th</sup> INTERNATIONAL CHILD NEUROLOGY ASSOCIATION CONGRESS. 11-16 de Junio, Montreal CANADÁ. 2006)

Tabla 5.2

**Esquema resumido del diagnóstico diferencial del TDAH**

Síndromes (o desórdenes) transitorios:

- Síntomas TDAH que desaparecen
- Síntomas evolutivos y madurativos de la atención y la conducta: Temperamento difícil (etapa preescolar)

Síndromes distintos al TDAH: síntomas y trastornos que simulan TDAH:

- a) Trastornos de la regulación emocional, etc.
  - Trastorno oposicional desafiante
  - Trastorno de ansiedad
  - Trastorno de Tourette
- b) Trastornos de la atención y la comunicación DAMP
  - Trastornos del Procesamiento Central Auditivo
  - Hiperfocalización de la atención
  - Asperger

Comorbilidades y síndromes 'MIX'

- Lenguaje y aprendizaje
- Excitación y motivación
- Regulación social y emocional

**El TDAH forma parte de la sintomatología, pero no es la parte más importante.**

**El TDAH puede representar la fase evolutiva precoz de otra entidad**

**3. ¿Cómo plantear el diagnóstico diferencial?**

Recordemos las propuestas para el diagnóstico y la correcta derivación de escolares con sospecha de TDAH de la AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS.

Tabla 5.3

### **Norma 1**

Síntomas nucleares motivo de alerta:

- Falta de atención
- Hiperactividad
- Impulsividad
- Mal rendimiento escolar
- Problemas de conducta

### **Norma 2**

Orientación clínica: el diagnóstico requiere que el niño cumpla los criterios del DSM-IV

### **Norma 3**

- Información directa de los **padres**
- Aplicación de escalas específicas para TDAH
- No se recomiendan escalas/cuestionarios globales

### **Norma 4**

- Información directa del **personal docente**
- Revisar cualquier informe de evaluación multidisciplinaria escolar
- Escalas de calificación específicas para TDAH
- No se recomiendan cuestionarios globales

### **Norma 5**

Investigación de entidades coexistentes

### **Norma 6**

No están indicadas de rutina otras pruebas diagnósticas para establecer el diagnóstico de TDAH (análisis de laboratorio, estudios de imagen o exámenes neurofisiológicos)

#### **4. El primer paso: identificar los criterios diagnósticos y el fenotipo**

El siguiente cuestionario es útil para identificar la **población de riesgo**, y es un instrumento fácil de manejar en la **consulta pediátrica** y en el **aula** por el profesorado:

**Tabla 5.4**

CUESTIONARIO ATRS PARA PADRES Y PROFESORES CUESTIONARIO ABREVIDADO DE C. KEITH CONNERS			
Puntuación: nada [0], bastante [1], mucho [2]			
Es inquieto, no para de moverse	0	1	2
Es excitable, impulsivo	0	1	2
Molesta a los otros niños	0	1	2
Tiene dificultades para acabar lo que ha comenzado y le cuesta centrar la atención	0	1	2
Se pone nervioso con facilidad	0	1	2
Deben satisfacerse sus demandas de inmediato, abandona fácilmente	0	1	2
Grita a menudo	0	1	2
Tiene cambios de humor rápidos y frecuentes	0	1	2
Tiene estallidos de cólera y su conducta es explosiva e impredecible	0	1	2
Se distrae con facilidad	0	1	2
<b>Puntuación total:</b>			

**Método de corrección:** cuando la puntuación está por debajo de 10 se considera al niño conductualmente sano. Puntuación entre 10 y 14 nos indica la necesidad de seguimiento pediátrico, y repetir el test a los 6 meses. Puntuación superior a 15 es indicativa de **rasgo de alerta para TDAH**. Si es patológica en dos ambientes, con una puntuación total igual o mayor a 30 entre el aula y el hogar, consideramos que el escolar cumple con los criterios de riesgo y debe ser derivado a un centro especializado.

El siguiente paso es la definición de los criterios DSM-IV. Recordemos los cuatro subtipos del TDAH basados en esta clasificación:

1. TDAH subtipo combinado (TDAH-C)
2. TDAH subtipo con predominio del déficit de atención (TDAH-DA)
3. TDAH subtipo hiperactivo impulsivo (TDAH-HI)
4. Trastorno hiperactivo sin especificar

Para la mayoría de autores el fenotipo TDAH-HI puede corresponder con una "variante" del subtipo combinado, o mejor dicho, como una expresión fenotípica durante la infancia temprana. Probablemente carezca de una sólida entidad propia.

### 5. Orientación práctica del TDAH subtipo combinado

Muchos niños con este subtipo manifiestan otros síntomas. El comportamiento oposicional desafiante y los síntomas que identifican un probable trastorno de ansiedad son algunos de los más comunes. Algunas asociaciones sindrómicas de entidad cualitativamente independiente son bastante frecuentes:

#### a) TDAH asociado a síntomas internalizantes (ansiedad)

Caracterizados por la baja impulsividad, mayor distractibilidad y peor rendimiento en memoria de trabajo. Suele haber historia familiar de ansiedad y de trastornos del humor. Posiblemente represente una peor respuesta a la medicación estimulante.

#### b) TDAH-C asociado a trastorno oposicional-desafiante (TOD)

Puede constituir un subtipo único de síntomas más severos cuando los síntomas debutan precozmente. Los comportamientos antisociales suelen ser más persistentes, supone un mayor riesgo de abuso de sustancias y es un buen predictor de los trastornos de la personalidad en el adulto.

## 6. Claves para el diagnóstico diferencial en TDAH-C

### 6.1. Ansiedad

Este término define los síntomas de miedo, temor persistente o desconfianza y el estrés consecuente que interfiere con el aprendizaje, el juego, la socialización o el buen funcionamiento familiar. La persona que padece estos síntomas les dedica un tiempo diario que pierde de otras actividades más importantes.

El Trastorno de ansiedad tiene una prevalencia variable según la edad, debido a que algunos "miedos" son definidos como fisiológicos. Varía según los estudios desde el 4% en niños, 15% en adolescentes y 25% en el adulto. Además, prácticamente la mitad de las personas que lo padecen cumplen criterios para otros trastornos comórbidos.

El TDAH se diagnostica en el 25% de los niños que acuden a un centro especializado por síntomas de ansiedad. Es también muy común demostrar algún rasgo depresivo en esos niños.

### *Una curiosidad del mundo animal...*

El *gupi* (*Poecilia Reticulata*) es un pez carnívoro, pequeño y activo, que vive en las peceras de muchas casas. Su conducta es, curiosamente, un interesante modelo para entender el comportamiento social adaptativo, algunas veces dramático. Las crías, que son devoradas a menudo por sus progenitores, sobreviven ocultándose entre la vegetación del fondo. En otras palabras, llevan en sus genes la advertencia impresa para protegerse de sus adultos. En cierta manera el temperamento humano está preparado del mismo modo. El comportamiento huidizo infantil adopta expresiones fenotípicas muy diversas y es también una conducta de seguridad, parecida a la de muchos primates. Representa la necesidad de la especie de proteger al individuo "joven", vulnerable aún al medio externo, a través de una impronta genética.

**Tabla 5.5**  
**Síntomas que nos alertan sobre ansiedad infantil: Adaptado de la Escala Reducida de Ansiedad (Martínez-Sánchez et al, Anales de Psicología, 1995, 11: 97-104)**

### Respuestas cognitivas

1. Se preocupa fácilmente
2. Tiene pensamientos o sentimientos negativos
3. Se siente inseguro/a de sí mismo/a
4. Da demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirse
5. Siente miedo

### Respuestas fisiológicas

6. Le sudan las manos u otras partes del cuerpo hasta en días fríos
7. Le tiemblan las manos o las piernas
8. Le duele la cabeza
9. Su cuerpo está en tensión
10. En ocasiones tiene palpitaciones o el corazón le late muy deprisa
11. A veces le falta el aire o su respiración es muy agitada
12. Siente mareos
13. Tiene escalofríos y tiritas aunque no haga mucho frío

### Respuestas motoras

14. Trata de rehuir o evitar algunas situaciones
15. Se mueve y hace cosas sin una finalidad concreta
16. Se queda paralizado/a o sus movimientos son torpes ante algunas situaciones
17. Tartamudea o tiene otras dificultades de expresión verbal

**Tabla 5.6**  
**¿Cómo saber si un niño está deprimido?**

**Debe presentar al menos 5 de los síntomas siguientes durante 2 semanas (y siempre deben estar el 1 y el 2)**

1. Humor deprimido (*o irritabilidad, típico de los niños*)
2. Falta de interés y disfrute
3. Descenso o aumento de peso
4. Insomnio o hipersomnia
5. Agitación o enlentecimiento motor
6. Fatiga o falta de energía
7. Sentimientos de culpabilidad
8. Disminución de la capacidad de concentración
9. Ideas de muerte o suicidio

### 6.2. Comportamiento oposicional-desafiante

Si antes empleábamos al **gupi** para definir el comportamiento huidizo como mecanismo de supervivencia, puede ser ahora útil la analogía del caricaturizado "diablo de Tasmania" como metáfora de comportamiento irascible. Dos alternativas del mundo animal para defenderse del entorno hostil.

El DSM-IV define como TOD –también denominado negativista desafiante– a un patrón recurrente de comportamiento provocador, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante 6 meses. No debe reunir criterios para trastorno disocial (TD):

**Actos agresivos y disruptivos más graves que atenten contra los derechos de los demás.**

El TOD suele iniciarse antes de los 8 años y tiene una relación más directa con el aprendizaje. Cuando la relación con los padres no es la más adecuada, el niño con TOD aprende que sus comportamientos explosivos y oposicionales son efectivos, coaccionando continuamente al adulto hasta hacerlo capitular hacia sus deseos. Los síntomas se manifiestan primero en el ambiente familiar y más tarde se generalizan a otros ambientes. Puede ser el precedente del

trastorno disocial. La terapia cognitivo-conductual le ofrece estrategias encaminadas a mejorar las conductas disruptivas que entorpecen el buen desarrollo del niño.

**Tabla 5.7**  
**Características diferenciales entre TOD y TD**

1. La edad de comienzo del TOD es más temprana que la del TD
2. La mayoría de los niños con TD presenta en su base un TOD pero no todos los niños TOD pueden llegar a sufrir un TD
3. Las consecuencias familiares tanto en un caso como en otro son iguales pero varían en intensidad y frecuencia
4. El tratamiento suele ser más efectivo en niños con TOD que en niños con TD

### 6.3. Diagnóstico diferencial de la irritabilidad

La **irritabilidad** suele estar poco considerada en el protocolo diagnóstico del TDAH. Casi siempre se pone de manifiesto como un trastorno oposicional desafiante, y especialmente como "enfados fáciles" y explosiones de malhumor. Con mucha menos frecuencia es una combinación de tristeza e irritabilidad o de violencia. La irritabilidad explosiva en el TDAH puede definir un rasgo familiar y ser un buen predictor de un estilo particular de comportamiento que se transmite de padres a hijos: "irritabilidad explosiva familiar". Cuando la irritabilidad es muy problemática en escolares con TDAH, ha de considerarse la posibilidad de que padezca un trastorno del humor asociado. Si es esencialmente explosiva y violenta ha de sospecharse que se trate de un episodio de manía, y por ello investigar otros síntomas propios de esta última, como el lenguaje acelerado, la menor necesidad de horas de sueño o la grandiosidad. Este último rasgo clínico parece ser para muchos autores el signo clave y confirmatorio para el diagnóstico.

**Tabla 5.8**  
**Cuadro diagnóstico de la irritabilidad**

Diagnóstico	Tiempo mínimo	Rasgos diferenciales de la irritabilidad
Episodio maníaco	1 semana	Explosiva, severa y violenta
Episodio depresivo	2 semanas	Malhumor y enfado
Trastorno oposicional desafiante	6 meses	Consecuencia de la baja tolerancia a las frustraciones y casi siempre reactiva a "actitudes" de los demás
TDAH	Intermitente	Enfados y malhumor Tristeza e irritabilidad Violencia (La conducta disruptiva observada en TDAH puede ser en muchos casos la descrita para el <b>Trastorno por mala regulación del humor</b> )
Trastorno por mala regulación del humor [ <i>Severe Mood Dysregulation, SMD</i> ])	Períodos < 4 días	Períodos de malhumor y/o tristeza de varios meses de duración, síntomas de hipervigilancia y reactividad marcadamente patológica a estímulos negativos (rabietas, explosiones de mal genio, agresividad física y/o verbal)

El **trastorno bipolar (TB)** se caracteriza por períodos de extremada euforia, llamados "episodios maníacos", y períodos de tristeza o "episodios depresivos". Los niños suelen pasar de la depresión a la manía varias veces al día. La depresión en los niños es fácil de detectar, pero los episodios maníacos se pueden confundir con el TDAH. Cualquier niño que tenga sentimientos

suicidas, hable del suicidio o intente suicidarse, debe ser considerado seriamente y deberá recibir ayuda inmediata de un especialista.

### **Resumen de los criterios de alerta para el TRASTORNO BIPOLAR (Wozniak J, 2005):**

- (1) Edad media de inicio: 4,55 años
- (2) Tormentas afectivas: 2-6 veces al día
- (3) Escasa necesidad de sueño
- (4) Respuesta paradójica al metilfenidato

**Tabla 5.9**  
**Trastorno bipolar: ciclos**

**En los niños, el episodio maníaco consiste en tener tres de estos síntomas al día:**

1. Hiperactividad, agitación y distracción
2. Humor expansivo o eufórico o irritable
3. Disminución de la capacidad de juicio
4. Impulsividad, pensamiento acelerado y verborrea
5. Comportamiento sexual precoz o inapropiado
6. Comportamientos atrevidos y peligrosos
7. Antojos fuertes y frecuentes, a menudo de caramelos y carbohidratos

**El episodio depresivo debe incluir al menos cinco de estos síntomas al día:**

1. Depresión
2. Pensamientos de muerte o suicidio
3. Incapacidad para disfrutar de las actividades favoritas
4. Muchas horas de sueño
5. Menor rendimiento escolar
6. Aburrimiento constante entre otros

**Tabla 5.10**  
**Trastorno bipolar: modelo de 5 síntomas de Fergus**

Estos 5 síntomas, cuando ocurren juntos, predicen el trastorno bipolar:

1. Grandiosidad
2. Intento de suicidio
3. Irritabilidad
4. Disminución de la capacidad de atención
5. Pensamiento veloz

### **7. Orientación clínica del TDAH con predominio del déficit de atención: cuando el escolar es "predominantemente inatento"**

Si mediante la entrevista clínica el escolar en estudio cumple con los criterios para TDAH-DA, debemos situarnos en el continuo aprendizaje-comunicación de ese diagrama diferencial que hemos planteado gráficamente en la doble pirámide del espectro clínico del TDAH.

Siguiendo ese diagrama, su utilidad nos permite entonces preguntarnos ¿cómo se encuentra el escolar en términos de...?

1. Distractibilidad auditiva, distractibilidad visual, y distractibilidad interna
2. Disposición para hiperfocalizar su atención
3. Procesamiento central auditivo de la información
4. Coordinación motora
5. Aprendizaje: verbal y no verbal
6. Habilidades sociales
7. Comunicación y lenguaje: semántica y pragmática

A continuación se describe, en **7 pasos**, una manera de llevar a cabo un análisis detallado del TDAH-DA:

#### **1.<sup>er</sup> Paso: análisis de la distractibilidad**

---

En este primer paso nos disponemos a describir la distractibilidad que sufre el escolar que nos consulta. La distractibilidad puede ser:

Distractibilidad externa visual

Distractibilidad externa auditiva

Distractibilidad interna

### **Descripción de la distractibilidad: formas de distraerse en el contexto del TDAH-DA**

De la descripción adecuada de la distractibilidad del escolar que estamos estudiando dependen muchas de las recomendaciones que luego aplicaremos al programa de trabajo, especialmente en casa.

La **distractibilidad auditiva** da lugar a un fenómeno por el cual el escolar es capaz de escuchar todo lo que sucede a su alrededor. Parece oír cualquier sonido por pequeño o alejado que esté y necesita trabajar o leer en una sala cerrada y pequeña que esté "alejada" de cualquier ruido por discreto que sea. Le molesta incluso el trabajo de sus compañeros en el pupitre de al lado. La **distractibilidad visual**, por su parte, da lugar a que cualquier estímulo visual sea capaz de remover al escolar de su tarea.

Algunos escolares con TDAH-DA presentan una tendencia a la "**saturación de estímulos**", un fenómeno que se observa cuando los lugares con mucha cantidad de estímulos visuales o auditivos, como centros comerciales o fiestas de cumpleaños, provocan tal saturación de la capacidad de percepción que llega a producir, especialmente en los más pequeños, ansiedad o irritabilidad. Otros escolares con déficit de atención manifiestan, por el contrario, un fenómeno conocido como del "**bajo umbral perceptivo**", lo que da lugar a que el estudio en lugares muy silenciosos puede aumentar la distractibilidad (sobre todo auditiva) por una percepción exagerada de cualquier estímulo sonoro intercurrente.

Algunos chicos con el subtipo TDAH-DA manifiestan principalmente **distractibilidad interna**. Se podría decir, entonces, que se distraen solos. Son incapaces de separar la intención de ejecutar una tarea de sus propios pensamientos. Pueden tener varios pensamientos al mismo tiempo, y saltar de uno en otro. Pueden recibir apelativos como "soñador". Esto puede conducir, paradójicamente, a un cambio continuo de actividad. Muchos de estos últimos chicos estarían en la categoría o fenotipo clínico del TDAH-DA definido como **Sluggish Cognitive Tempo**, que se ha traducido como "tempo cognitivo lento" o, como preferimos nosotros, "**niños con inteligencia perezosa**", que nos

parece más descriptivo. Estos escolares son marcadamente distraídos, soñadores y a veces mentalmente confusos. Están casi siempre "en las nubes" y pueden manifestar incluso somnolencia diurna, lo que sorprende a familiares y educadores cuando luego se les diagnostica de TDAH. Son poco o nada hiperactivos, e incluso hipoactivos, son escasamente impulsivos y, lo que es muy característico, se mueven lentamente. Suelen ser muchas veces catalogados de inmaduros.

**Tabla 5.11**  
**Criterios de Hartman para el diagnóstico del *Sluggish Cognitive Tempo***

Los cinco criterios de Christie Hartman para el diagnóstico del *Sluggish Cognitive Tempo* (SCT) son:

1. El escolar es muy lento en las respuestas
2. Siempre está en las nubes
3. Se encuentra muchas veces embotado o adormilado
4. Parece confundido
5. Sueña despierto

### 2.º Paso: análisis de la hiperfocalización

A través de este paso en el diagnóstico nos disponemos a estudiar principalmente la **distractibilidad central o interna**, y en especial uno de sus rasgos, la **hiperfocalización**, que es la tendencia a dirigir la atención hacia un tema o un pensamiento aislándose del entorno. De otra manera diríamos que el chico "sueña despierto". Cuando las personas a las que les pasa esto se encuentran entre un grupo de amigos, parece que "están en otro mundo" y hay que llamarles la atención para que no se despisten. Cuando sucede mientras conducen un vehículo el despiste puede ocasionarles un accidente.

Kinsbourne identifica a los niños que además de tener distractibilidad interna o central intensa, como en el caso del SCT, hiperfocalizan en exceso su atención, y manifiestan signos de alerta para el trastorno de Asperger.

La **K-FARS** (escala sobre hiperconcentración infantil de Kinsbourne: *Kinsbourne focus of attention rating scale*, 1991) describe un **síndrome clínico de hiperconcentración**, muy útil para definir a nuestro escolar, para proponer una evaluación neuropsicológica específica y para determinar un enfoque

clínico concreto dentro del espectro de los trastornos de la atención. El perfil de **comportamiento atencional** que manifiestan estos escolares es particularmente rutinario y repetitivo. Les suelen atraer pocas cosas, aunque de manera muy intensa y perseverante, lo que unido a que acostumbran a ser socialmente retraídos, hace que estén casi siempre "en sus cosas" o "en su mundo".

### **3.º Paso: análisis del procesamiento central auditivo**

---

A esta etapa del estudio le corresponde plantear el diagnóstico diferencial entre la distractibilidad central o interna, propia de los chicos con síndrome de hiperfocalización, y las dificultades en el procesamiento auditivo de la información (CPAD). Los dos grupos de escolares pueden presentarse con síntomas muy parecidos, "¡ambos pueden parecer extremadamente despistados!", y es posible que estos escolares aparenten tener problemas de audición. A través de la lista de comprobación de problemas auditivos que hemos modificado de Wayne J. Kirby, profesor de música de la University of North Carolina at Asheville (UNCA), haremos una descripción más fina del binomio atención-audición.

#### **Dificultades en el procesamiento auditivo de la información (CPAD):**

Aproximadamente el 2-3% de la población –con una relación por sexos de 2 a 1 entre niños y niñas– sufre dificultades en este "proceso cognitivo", lo que no debe considerarse como una enfermedad o un trastorno específico sino como una disfunción en la necesaria discriminación auditiva de la información, que nos permite localizar la procedencia del sonido, atender al mismo y separar el sonido importante del "ruido" de fondo, realizar una síntesis y un análisis de la información que proporciona, ser capaz de asociarla con otra información competente, y memorizar el sonido para desarrollar otras habilidades necesarias como el lenguaje. Una vez más vemos la relación entre atención y lenguaje en TDAH.

Las dificultades en el procesamiento auditivo de la información deben ser investigadas en todo niño con **TDAH-DA**, especialmente en los más inatentos – que podríamos definir como *Sluggish Cognitive Tempo*–, o en los escolares que muestran dificultades específicas en el área del **lenguaje**, ya sea retraso o dificultades del habla, y problemas del aprendizaje de la lectura y la escritura como la dislexia. La **lista de 18 síntomas** es un instrumento útil para definir los signos de alerta de esta disfunción cognitiva (Modificado de Kutscher, 2005). Lo más destacable aquí es la frecuencia con la que los CPAD simulan otros problemas dentro del "**síndrome mix**", especialmente TDAH y problemas del lenguaje.

### 4.º Paso: análisis de la coordinación motora

La exploración clínica en el niño TDAH debe ser minuciosa en la detección de los denominados signos neurológicos menores, auténticos marcadores semiológicos de la torpeza motora infantil. Para ello pueden emplearse distintas escalas: el test de Gubbay, la escala de evaluación neuromotora de Gillberg o el test de Folke-Bernadotte para el examen motor. Se analiza la torpeza motora y el desarrollo de la coordinación a través de la exploración neurológica y de la exploración de las praxias motoras. Este aspecto debe quedar claro durante la visita neuropediátrica.

**Trastorno DAMP:** es el acrónimo que describe a las personas con déficit atencional, déficit de atención viso-espacial y fallo en la maduración de la coordinación en ausencia de retraso mental y parálisis cerebral infantil.

Siglas del acrónimo: **d**éficit de **a**tención, del control **m**otor y de la **p**ercepción (**DAMP**). Fue denominado como disfunción cerebral mínima previamente (Clements, 1966; Fejerman, 1987).

La denominación DAMP es usada en los países nórdicos como un modelo de diagnóstico operacional. Tanto DAMP como TDAH se solapan en muchos aspectos. El DAMP sería un síndrome de disfunción neuroevolutiva, tal y como lo define Gillberg, con un alto grado de comorbilidad psiquiátrica. Todos los niños que lo padecen reúnen criterios para TDAH o déficit de atención aislado, manifiestan una torpeza motora muy significativa, fácilmente observada como expresión de su desviación en el desarrollo psicomotor, y un trastorno perceptivo viso-motor o visual-espacial. En definitiva, pueden incluirse entre los déficits de integración perceptivo-motriz. La denominación DAMP es usada además como un diagnóstico clínico útil en el manejo de un grupo de niños con problemas académicos, y muestra una mayor sensibilidad hacia la problemática pedagógica subyacente en ciertas variantes del TDAH. Puede sustituir, por su más completa descripción clínica, al término más antiguo de "disfunción cerebral mínima" que parece llevar implícito un componente de déficit cognitivo. Los estudios poblacionales reflejan una prevalencia del 6% para TDAH y DAMP.

Los déficits de integración perceptivo-motriz –CIE-10 (F82) y DSM-IV (315.4)– son trastornos del aprendizaje no verbal y corresponden a una disfunción del hemisferio cerebral derecho. Se caracterizan por un déficit atencional, trastorno en la percepción viso-espacial, fallo en la maduración de la coordinación y dispraxia constructiva.

Los investigadores nórdicos proponen la necesidad de un test de cribaje al ingreso de los niños en la escuela, a los 6 años de edad, que sea capaz de identificar a los alumnos de riesgo de padecer este grupo de trastornos en el aprendizaje. El *Danish Reference Programme for Children with DAMP* incluye un test simplificado pediátrico de cribaje para niños en etapa escolar entre 6-7 años de edad. El esquema, una versión resumida de la escala de Gillberg, incluye una entrevista estructurada con los padres, un test clínico observacional abreviado y un test de exploración de la torpeza motora abreviado (mantenerse sobre un solo pie, Test de Fog, tarea gráfica de copia en papel y exploración de la disdiadococinesia). Con este test resumido el pediatra sería capaz de identificar en el 80% de los casos los signos propios del DAMP al ingreso del niño en su etapa escolar.

**Tabla 5.12**  
**Trastorno DAMP: protocolo de actuación**

### **Protocolo de actuación (I)**

Se sospechará en niños con TDAH-DA y torpeza motora (TDC): resume a un grupo de niños muy distraídos y torpes con una inteligencia límite.

Queda definido como:

- DA-déficit de atención primaria (medido a través de las pruebas neuropsicológicas pertinentes y a nivel clínico por una distractibilidad interna y externa manifiestas), asociado a:

- M-torpeza motora (TDC)
- P-déficit perceptivo-visual: pobreza en memoria visual, déficits en percepción visual y dificultades para comprender las relaciones espaciales.
- Tiene algunos rasgos clínicos en común con el trastorno de Asperger (es un grupo de niños que clínicamente "nos recordará al TA").

### **Protocolo de actuación (II)**

- Es necesario analizar la distractibilidad (paso 1).
- Descartar síntomas de hiperfocalización (paso 2).
- Es muy probable que sean niños con un procesamiento central auditivo pobre (paso 3).
- Analizar el aprendizaje (paso 5), especialmente cálculo y desarrollo gráfico.
- Ajuste psicosocial: la conducta social es anormal al no

comprender las normas, las expectativas sociales, el punto de vista del interlocutor. Conducta ingenua y extravagante. Fenotipo similar al TSP con mayor afectación de la pragmática que la semántica. Fenotipo similar al Asperger sin la restricción del campo de intereses, sin las reiteraciones y las estereotipias de este; trastorno del aprendizaje emocional y social (TAES; Voeller, 1987).

Pruebas complementarias: WISC (atención y funciones ejecutivas, CIM/CIV, rendimiento en organización perceptiva e independencia a la distracción); Figura compleja de Rey, Test de Bender (visual-espacial).

### **5.º Paso: análisis del aprendizaje**

---

Es importante determinar en todo chico con este grupo de dificultades cuál es el estilo de aprendizaje, verbal y no verbal.

#### **a) Niños con estilo de aprendizaje no verbal:**

Suelen ser niños imaginativos, fantasiosos y con más dificultades para el pensamiento racional (para tomar decisiones). Las soluciones a los problemas aparecen, como "por arte de magia", mientras están "en la ducha" o "leyendo en el coche". Son intuitivos, espontáneos, visuales, llenos de juego, artísticos, creativos y emocionales. Suelen ser personas más capacitadas para la música, el arte, las matemáticas, la comprensión espacial y el deporte. Y han desarrollado mejor su inteligencia emocional. Dentro de este amplio grupo algunos niños funcionan con un estilo de aprendizaje predominantemente "cinético", es decir, son niños que aprenden "haciéndolo". Necesitan tocar y sentir la información y tienen dificultades en el aprendizaje, que implica "solo" ver y –especialmente-oír–. Suelen decir: "Muéstrame cómo lo haces". Suelen ser descritos como "manitas". Otros niños están preparados para un estilo de aprendizaje predominantemente "visual". Suelen ser niños que aprenden más de lo vivido de forma emocionalmente intensa y a través de imágenes de impacto visual. Recuerdan la información en colores y aprenden más cuando la información (libros, pizarra) tiene imágenes explicativas.

### b) Niños con estilo de aprendizaje verbal:

Los niños con predominio del hemisferio cerebral izquierdo no hablan demasiado necesariamente. Suelen ser esas personas catalogadas como "intelectuales" o "pensadoras", tienen un lenguaje interno muy marcado. Son analíticos, explícitos, concretos y secuenciales. Disfrutan hablando mientras ponen en marcha sus buenas habilidades lingüísticas, son analíticos, lógicos y racionales. Son niños con un estilo de aprendizaje predominantemente "auditivo", que aprenden más cuando leen y de lo que oyen.

### 6.º y 7.º Paso: análisis de las habilidades sociales, de comunicación y socialización: evaluación del comportamiento y APRENDIZAJE no verbal

El **trastorno del aprendizaje no verbal (TANV)** es un desorden neurológico originado en el hemisferio cerebral derecho del cerebro. La recepción de la información o la ejecución de ciertas habilidades gobernadas por este hemisferio están afectadas en distinto grado, causando problemas en las funciones de procesamiento visual-espacial, intuitivo, organizativo y de análisis. Estas personas manifiestan un desarrollo precoz del lenguaje y el vocabulario, una memoria formidable, una gran capacidad de atención a los detalles, habilidades precoces para la lectura y una pronunciación excelente, una habilidad verbal y un lenguaje elocuente y una retención auditiva extraordinaria. Sin embargo desarrollan tres categorías de déficits:

**1) Desarrollo motor:** falta de coordinación, problemas con los balances motores y la grafo-motricidad (disgrafía, escritura muy dificultosa).

**2) Organización visual-espacial:** pobreza en memoria visual, déficits en percepción visual y dificultades para comprender las relaciones espaciales.

**3) Ámbito social:** falta de comprensión de la comunicación no verbal, dificultad para ajustarse a las transiciones y a las situaciones novedosas, y déficits en el juicio y comprensión social.

**Tabla 5.13**  
**Aprendizaje no verbal: claves del desarrollo psicosocial**  
(Modificado de Narbona J y Gabari I, 2006)

### Habilidades lingüísticas

- Pragmática del lenguaje
- Metalingüística

### Habilidades extralingüísticas

- Capacidades extraverbales básicas
- Somatognosia (reconocimiento del propio cuerpo)
- Prosopognosia (reconocimiento y diferenciación de rostros): 'teoría de la mirada' y 'teoría de la mente'
  - Comprensión de las claves comunicativas ligadas a la postura, la mímica, inflexiones prosódicas y el contexto global
- Habilidades sociales
- Trastorno del aprendizaje emocional y social
- La conducta social es anormal al no comprender las normas, las expectativas sociales, el punto de vista del interlocutor.
- Conducta ingenua y extravagante
- Fenotipo similar al TSP con mayor afectación de la pragmática que la semántica
- Fenotipo similar al Asperger sin la restricción del campo de intereses, sin las reiteraciones y las estereotipias de este
- Coordinación motora
- Aprendizaje escolar
- Aritmética, plástica y música

La ***Children's Nonverbal Learning Disabilities Scale*** de David B. Goldstein (**Inventario Clínico de Goldstein** de identificación de alumnos con TANV) es una escala de evaluación y cribaje clínico para los trastornos del aprendizaje no verbal (TANV). Define a niños que tienen dificultades motoras, en el control motor y en motricidad fina; identifica a los escolares con problemas para el aprendizaje visual-espacial, para orientarse, o reconocer caras; y nos informa sobre las competencias sociales e interpersonales, la inteligencia emocional y social:

**Tabla 5.14**  
**Inventario clínico de Goldstein de identificación de alumnos con TANV**  
 (ChNLD Scale: Children's Nonverbal Learning Disabilities Scale de David B. Goldstein. Traducción y adaptación: Julián Vaquerizo-Madrid, 2007)

<b>1. Habilidades motoras</b>	<b>Al menos 3 de 4 ítems AV ó F</b>				<b>Puntos</b>
a. Tiene problemas de 'equilibrio' (p. ej., nunca ha aprendido a montar en bicicleta o bien le ha costado mucho)	N	AV	F	0	
b. Tiene dificultades en habilidades motoras finas como atarse los cordones de los zapatos	N	AV	F	0	
c. Escribe mal o con mucha lentitud	N	AV	F	0	
d. Parece inusualmente torpe	N	AV	F	0	
<b>2. Habilidades visuales-espaciales</b>	<b>Al menos 4 de 7 ítems SI, AV ó F</b>				
a. Tiene dificultades en recordar y organizar la información visual y espacial como alinear números para hacer una suma o un problema matemático o alinear las palabras en una página	N	AV	F	0	
b. Parece desorientado, perdido o confundido cuando se encuentran en una nueva situación espacial-temporal	N	AV	F	0	
c. Le cuesta mucho familiarizarse con localizaciones físicas nuevas	N	AV	F	0	

## Capítulo 5 Diagnóstico diferencial del TDAH.

d. Le cuesta recordar las caras de las personas con las que se ha reunido	N	AV	F	0	
e. <i>Tiene una muy buena memoria auditiva</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	
f. Si se perdiera en el camino necesitaría ayuda para retornar a él por otra ruta	N	AV	F	0	
g. <i>Tiene, sorprendentemente, enormes habilidades verbales como haber hablado precozmente o disponer de un rico vocabulario</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	
<b>3. Habilidades interpersonales</b>	<b>Al menos 3 de 4 items AV ó F</b>				
a. No aprecia el humor de los chistes porque suele interpretar la realidad literalmente	N	AV	F	0	
b. Cuando está con otras personas le suele costar leer (entender) las claves no verbales del comportamiento y la comunicación personal como son el tono de la voz o la expresión facial	N	AV	F	0	
c. Interpreta todo lo que decimos de forma literal y por ello muchos de nuestros comentarios en una conversación pueden crearle confusión	N	AV	F	0	
d. Todo lo que aprende de una situación social nueva le cuesta	N	AV	F	0	

## Capítulo 5 Diagnóstico diferencial del TDAH.

aplicarlo en situaciones sociales similares.					
	Puntuación Total				
Nunca = <b>N</b> ; algunas veces = <b>AV</b> ; frecuentemente = <b>F</b> ; no lo sé = <b>0</b>					

La **definición de Rourke** aplicada aquí resume las dificultades de los alumnos con TANV en tres áreas: dificultades neuropsicológicas, académicas y de adaptación social-emocional:

**Tabla 5.15**  
**Clasificación de Rourke de las dificultades del aprendizaje no verbal**

(1) Neuropsicológicas	(2) Académicas	(3) Adaptación social-emocional
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Percepción visual y táctil. Coordinación psicomotora</li> <li>· Atención visual y atención táctil</li> <li>· Memoria no verbal</li> <li>· Razonamiento lógico</li> <li>· Funcionamiento ejecutivo general</li> <li>· Aspectos específicos del habla y del lenguaje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Razonamiento matemático</li> <li>· Cálculo matemático</li> <li>· Comprensión lectora</li> <li>· Algunos aspectos específicos del lenguaje escrito</li> <li>· Escritura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Inteligencia social</li> <li>· Interacción social</li> <li>· Comprensión del comportamiento social</li> </ul>

**Tabla 5.16**  
**Cuadro diagnóstico diferencial-dificultades del aprendizaje no verbal**

Áreas de dificultad	Hiperlexia	TSP	TANV	Asperger
Semántica	0	+++	0	0
Retraso lenguaje	0 ó ++	+++	0	0
Pragmática	+++	+++	+++	++++
Teoría de la mente	+	+	+	++++

Contacto ocular	+	+	+	++++
Intereses restringidos	++	++	++	+++
Desinterés por hacer amigos	+	+	+	++++
Juego simbólico	+	+	+	++++
Problemas espaciales		+	++++	+
Fascinación palabras escritas	++++	0	0	0
Torpeza motora	Variable		++++	+
TSP= trastorno semántico pragmático del lenguaje; TANV= trastorno del aprendizaje no verbal				

## 8. Enfermedades y trastornos que pueden manifestar TANV

### 1. Aquellos que pueden manifestar todas las características clínicas:

- Agenesia de cuerpo calloso
- Síndrome de Asperger
- Hidrocefalias
- Hipotiroidismo congénito

### 2. Pueden evidenciarse la mayoría de características clínicas:

- Síndrome de Sotos
- Leucomalacia periventricular
- Síndrome de Turner
- Síndrome velocardiofacial
- Síndrome de Williams
- Síndrome alcohólico fetal
- Autismos

### 3. Pueden presentar ocasionalmente un patrón sugestivo de TANV:

- Síndrome X frágil
- Neurofibromatosis tipo 1

### 9. El diagnóstico diferencial entre los TANV y el trastorno de Asperger no es fácil

1. Las dificultades en el funcionamiento ejecutivo son frecuentes en los primeros, y solo ocasionales en los segundos.
2. El razonamiento no verbal se manifiesta mucho menos desarrollado que el verbal en los alumnos con TANV que en aquellos que padecen Asperger, lo que conduce necesariamente a un aprendizaje más apropiado cuando se emplean pistas y elementos verbales.
3. Es frecuente que los alumnos con TANV –y ocasionalmente también en los que sufren Asperger– sean lectores precoces y desarrollen paradójicamente habilidades fonológicas y sintácticas incluso excelentes.
4. El patrón de habla repetitivo e irrelevante descrito para el trastorno de Asperger es raro en el TANV, aunque en ambos casos pueden observarse otras dificultades conversacionales que comparten también con el TDAH, como el no respetar el turno de palabra.
5. Las dificultades en las relaciones y habilidades sociales son frecuentes en el TANV, pero están siempre presentes en el Asperger, que además manifiestan rigidez cognitiva, escaso nivel de empatía y pobre espontaneidad.
6. La avidez por una serie de intereses restringidos es rara en el TANV, pero necesariamente constante para el diagnóstico del trastorno de Asperger. Lo mismo ocurre con el comportamiento rutinario y la actividad motora y cognitiva estereotipada.

### Glosario de términos neurobiológicos

**Trastorno de Asperger:** los siete puntos claves para el diagnóstico del trastorno de Asperger son: (1) es un niño solitario, (2) sus habilidades sociales son deficientes, (3) tiene intereses excesivamente focalizados, (4) rutinas repetitivas; manifiesta una (5) comunicación no verbal deficiente, un (6) lenguaje "aparentemente normal" y (7) torpeza motriz.

**Estereotipia:** movimiento repetitivo y constante que se manifiesta voluntariamente. Generalmente lo hace ante situaciones de estrés emocional (explosiones de alegría, enfado, temor, etc.) o de forma continua, como expresión comunicativa alternativa en niños con patología del neurodesarrollo (autismo, trastornos generalizados del desarrollo, síndrome de Rett, etc.). Pueden ser fisiológicas (la minoría de las veces y siendo este un concepto bastante discutible) o sintomáticas.

**Sincinesias:** son movimientos en espejo que se observan durante la realización de ejercicios que requieren coordinación motora. Tienen un carácter no propositivo y aparecen de forma involuntaria como consecuencia de otro movimiento en otra parte del cuerpo. Suelen desaparecer con la maduración del individuo sano como ha sido clásicamente referido.

**Síndrome del Cromosoma X frágil:** caracterizado por un fenotipo conductual peculiar que cursa con ansiedad social y evitación (tímido y vergonzoso, evitación de la mirada y estereotipias), rituales conductuales, trastorno psicolingüístico, miedo a los animales y preocupación por el orden y la limpieza.

### 10. Bibliografía

1. Holinger PC, Doner K. Qué dicen los bebés antes de empezar a hablar. Barcelona: Ed. Oniro; 2004.
2. Landgren M, Kjellman B, Gillberg C. A school for all kinds of minds. The impact of neuropsychiatric disorders, gender and ethnicity on school-related tasks administered to 9-10-year-old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003; 12: 162-7.
3. Wilens TE, Biederman J, Brown S, Monuteaux M, Prince J, Spencer TJ. Patterns of psychopathology and dysfunction in clinically referred preschoolers. *J Dev Behav Pediatr* 2002; 23: 31-6.
4. Wilens TE, Biederman J, Brown S, Tanguay S, Monuteaux MC, Blake C et al. Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002.
5. Lorente I. El TDA/H en la primera infancia. Ponencia. Jornada Internacional: El TDA/H y su comorbilidad. XXX Reunión Anual de la SENP. Sabadell, junio de 2004.
6. Cáceres-Marzal C, González-Toro D, Vaquerizo-Madrid J. Marcadores de hiperactividad en el lactante menor de 12 meses en niños diagnosticados de TDAH. *Rev Neurol* 2004; 39: 263-96.
7. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4.<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
8. Méndez P, Escobar A. Estudio cualitativo caso-control de los marcadores TDAH en el lactante y el preescolar. Comunicación libre a la 2.<sup>a</sup> Reunión Internacional sobre Hiperactividad en Badajoz. Badajoz, 2004.

## Capítulo 5 Diagnóstico diferencial del TDAH.

9. Andrich D. Rasch Model for Measurement. Murdoch University. SAGE, 1988.
10. Economist The. Behave, or else; Education. [www.economist.com/europe](http://www.economist.com/europe). December, 4.<sup>th</sup>, 2004.
11. 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-e28
12. Barkley R. A. Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guildford; 1998.
13. Goldstein S, Goldstein M. Hyperactivity: Why won't my child pay attention. Salk Laek City: UT, Neurology, learning and behavior Center; 1992.
14. Mick E. Revisiting the diagnostic utility of irritability in pediatric bipolar disorder. *Child & Adolescent Psychopharmacology*. Boston, March 14-16 2008.
15. Byrne JM, Bawden HN, Beattie TL, DeWolfe NA. Preschoolers classified as having attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): DSM-IV symptom endorsement pattern. *J Child Neurol* 2000; 15: 533-8.
16. Ordóñez I, Arroyo J. Análisis cualitativo de la información que aportan los padres de niños TDAH mediante la entrevista clínica Copeland Symptom Checklist for Attention Deficit Disorders. Comunicación libre a la 2.<sup>a</sup> Reunión Internacional sobre Hiperactividad en Badajoz, Badajoz, 2004.
17. Barkley R.A. Attention deficit hyperactivity disorder, a clinical workbook. New York: Guilford Press; 1991.
18. Goldstein S, Goldstein M. Hyperactivity: Why won't my child pay attention. Salk Laek City: UT, Neurology, learning and behavior Center; 1992.
19. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2000; 105: 1158-70.
20. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001; 108: 1033-44.
21. Clark T, Feehan C, Tinline C, Vostanis P. Autistic symptoms in children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1999; 8: 50-5.

22. Sturm H, Fernell E, Gillberg C. Autism spectrum disorders in children with normal intellectual levels: associated impairments and subgroups. *Dev Med Child Neurol* 2004; 46: 444-7.
23. Vaquerizo-Madrid J, Macías-Pingarrón A, Márquez-Armenteros AM. Habilidades Gráficas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol* 2004; 38 (Suppl 1): S91-S96.
24. Vaquerizo Madrid J, López Ridruejo S, Estévez Díaz F, Sanz Cabrera A. Evaluación de la torpeza motora en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad mediante la escala neuromotora de Gillberg. *Rev Neurol* [in press].
25. Landgren M, Kjellman B, Gillberg C: Attention deficit disorder with developmental coordination disorders. *Arch Dis Child* 1998; 79: 207-12.
26. Gillberg C: Deficits in attention, motor control, and perception: a brief review. *Arch Dis Child*, 2003; 88: 904-10.
27. Rasmussen NH. Diagnosis of attention deficit disorders, hyperactivity disorders and DAMP in children. *Ugeskr Laeger* 2002; 164: 4631-6.
28. Rasmussen NH. Attention deficit disorder, hyperkinetic disorder and DAMP in children. Diagnosis and differential diagnosis. *Ugeskr Laeger* 2002; 164: 4636-9.
29. Christiansen AS. Persisting motor control problems in 11- to 12-year-old boys previously diagnosed with deficits in attention, motor control and perception (DAMP). *Dev med Child Neurol*, 2000; 42: 4-7.
30. Kalff AC, Hendriksen JG, Kroes M, Vles JS, Steyaert J, Feron FJ et al. Neurocognitive performance of 5- and 6-years-old children who met criteria for attention deficit/hyperactivity disorder at 18 month follow-up: results from a prospective population study. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30: 589-98..
31. Vaquerizo-Madrid J, Gamero-Telo JL, Cáceres-Marzal C, Escobar-Bejarano M, Fernández-Calderón E. Implantación del cabello en doble remolino y dilatación de los espacios de Virchow-Robin: Propuesta de nueva asociación neurocutánea. *Rev Neurol* 2004; 39: 350-3.
32. Larsson JO, Aurelius G, Nordberg L et al. Screening for minimal brain dysfunction (MBD/DAMP) at six years of age: results of motor test in relation to perinatal conditions, development and family situation. *Acta Paediatr* 1995; 84: 30-6.
33. Achenbach TM, Rescorla L. Inventario del comportamiento de niños (as) de 1 ½ -5 años para padres y profesores. Burlington: ASEBA. Vermont University; 2000.

## Capítulo 5 Diagnóstico diferencial del TDAH.

34. Conners CK, MHS Staff. CPT Conners' Continuous Performance Test II. Toronto: MHS; 2002.
35. Artigas, J. Comorbilidad en el TDAH. Revista de Neurología Clínica 2003; 36 (Suppl 1): 68-78.
36. Rettew DC. AACAP's 54.<sup>th</sup> Annual Meeting, Boston (MA) Oct 2007.