

SÍNDROME DE DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD

IGNACIO PASCUAL-CASTROVIEJO

SÍNDROME DE DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD

Cuarta Edición



Madrid - Buenos Aires - México, D.F. - Bogotá

ÍNDICE

PRÓLOGO	XIII
Capítulo 1. SÍNDROME DE DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD (SDAHA). GENERALIDADES	1
1.1. Definición	1
1.2. Sinonimia	3
1.3. Formas o subtipos	4
1.4. Epidemiología.....	6
1.5. Alteraciones del sueño	10
1.6. Riesgo de epilepsia en las personas con SDAHA.....	11
1.7. SDAHA y entorno familiar y social	13
Capítulo 2. DIAGNÓSTICO Y SINTOMATOLOGÍA DEL SDAHA ..	15
2.1. Generalidades	15
2.2. Diagnóstico temprano	25
2.3. El niño con SDAHA hasta los 5-6 años	28
2.4. Evolución de los niños con SDAHA hasta la adolescencia	32
2.5. Evolución de las personas con SDAHA durante la adolescencia	39
2.6. Desórdenes en la identidad del género	43
Capítulo 3. COMORBIDIDAD	45
3.1. Generalidades	45
3.1.1. Problemas de afectividad.....	49

3.1.2. Dificultades para el lenguaje, aprendizaje de lectura y escritura: fracaso escolar.....	50
3.1.3. Conducción de vehículos y psicopatologías asociadas.....	57
3.1.4. Tics y Síndrome de Gilles de la Tourette.....	58
3.1.5. Trastornos de la coordinación motriz.....	61
3.1.6. Actitud oposicional desafiante.....	67
3.1.7. Comportamiento impulsivo-agresivo.....	70
3.1.8. Ansiedad.....	72
3.1.9. Cambios de humor y síndrome bipolar.....	74
3.1.10. Comportamiento antisocial.....	78
3.2. SDAHA y relación con otros síndromes.....	84
Capítulo 4. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.....	85
4.1. Pruebas neurofisiológicas.....	85
4.1.1. Electroencefalografía (EEG).....	85
4.1.2. Potenciales evocados.....	86
4.2. Imagen.....	86
4.3. Psicometría.....	92
4.3.1. <i>Rating scales</i> (escalas para la evaluación del SDAHA en sus diferentes facetas).....	93
Capítulo 5. ETIOLOGÍA.....	97
5.1. Bioquímica.....	100
5.2. Genética.....	103
5.3. SDAHA y Neurofibromatosis tipo 1 (NF1).....	110
5.4. SDAHA y relación con otros síndromes.....	111
5.5. Patología adquirida.....	112
5.6. Madres fumadoras.....	115
5.7. Consumo de alcohol durante la pregnancy.....	116
5.8. Consumo de drogas durante la pregnancy.....	117
5.9. Niños adoptados.....	117
Capítulo 6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SDAHA.....	121
Capítulo 7. TRATAMIENTO.....	129
7.1. Generalidades.....	129
7.1.1. Directrices generales.....	131
7.2. Farmacología.....	134
7.3. Fármacos estimulantes.....	137
7.3.1. Metilfenidato.....	144
7.3.2. Efectos colaterales.....	147

7.3.3. El metilfenidato en la edad adulta	150
7.3.4. Anfetaminas	151
7.3.5. Estimulantes de liberación retardada	152
7.3.6. Metilfenidato de liberación lenta	153
7.3.7. Anfetaminas de liberación retardada (Adderall y Adderall XR).....	154
7.3.8. Pemolina	155
7.3.9. Clonidina	156
7.3.10. Lofexidina.....	157
7.3.11. Modafinil.....	157
7.3.12. Guanfacina.....	158
7.4. Medicaciones alternativas no estimulantes.....	159
7.4.1. Antidepresivos	159
7.4.2. Atomoxetina.....	160
7.4.3. Bupropión	161
7.4.4. Fluvoxamina	162
7.4.5. Fluoxetina	163
7.4.6. Venlafaxina	163
7.4.7. Sertralina.....	164
7.4.8. Antipsicóticos	164
7.4.9. Risperidona	165
7.4.10. Quetiapina.....	166
7.4.11. Olonzapina	166
7.4.12. Otras sustancias	166
7.5. Alimentación	167
7.6. Apoyo médico ambulatorio	168
7.7. Ayuda escolar.....	170
7.8. Apoyo familiar y psicosocial	175
7.9. Entrenamiento de relajación autogénica.....	178
7.10. Ayuda con el deporte	178
 Capítulo 8. PRONÓSTICO.....	 179
8.1. Signos que predicen la evolución de los niños con SDAHA..	179
8.1.1. Condiciones personales del sujeto	183
8.1.2. Condiciones familiares	187
8.1.3. Condiciones sociales.....	189
8.1.4. Tratamiento recibido.....	189
8.1.5. Encauzamiento familiar y laboral.....	190
8.1.6. Nivel de competencia	191
 Capítulo 9. LOS SUJETOS CON SDAHA EN LA EDAD ADULTA...	 193
9.1. Generalidades	193

9.2. Futuro profesional.....	204
9.3. Capacidades profesionales.....	212
9.4. Nivel de competencia	215
9.5. Capacidad como estrategias.....	216
9.6. Liderazgo	218
9.7. Relación de pareja	219
 Capítulo 10. SDAHA Y CONDICIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS PARA ACTIVIDADES CONCRETAS: DEPORTE Y ACTIVIDADES ARTÍSTICAS	 225
10.1. Aptitudes para el deporte	225
10.2. Aptitudes para el baile	233
10.3. Condiciones para la música	233
10.4. SDAHA y Arte	234
 Capítulo 11. PATOLOGÍA MAYOR DEL SDAHA	 247
11.1. Consumo de drogas y alcohol.....	247
11.1.1. Generalidades	247
11.1.2. Predisposición genética al consumo de drogas.....	251
11.1.3. Predisposición al consumo de alcohol.....	252
11.2. Patología comórbida psicopatológica	256
11.3. Agresividad.....	259
 BIBLIOGRAFÍA.....	 267
 ÍNDICE ANALÍTICO	 329

PRÓLOGO

El síndrome de déficit de atención/hiperactividad (SDAHA) es un cuadro muy complejo y se puede presentar de forma muy variable tanto en sus expresiones clínicas como en la repercusión que pueden suponer éstas para la vida del paciente, de su entorno y de la sociedad. La palabra “síndrome” acuñada por nosotros desde la 1ª edición de nuestro libro sobre el tema, nos parece la adecuada porque indica que existen una serie de trastornos que, en diferentes combinaciones, aparecen en las mismas personas. Y por esta razón, siempre hemos mostrado nuestro desacuerdo con denominar “trastorno” (tomado de la palabra inglesa *disorder*) en su titulación completa de “Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)”, que tiene un significado más simple que el de síndrome, aunque es verdad que *disease*, tal y como se usa en inglés, tiene un significado más amplio que el que damos, en español, a la palabra “trastorno”. De hecho, cuando se escribe en inglés se utilizan, en muchas ocasiones, de forma indiscriminada las palabras *syndrome* y *disease* (ej: “Neurocutaneous syndromes”, “Neurocutaneous diseases” y “Neurocutaneous disorders”).

El SDAH constituyere al día de hoy el cuadro neurológico-psiquiátrico más frecuente de la patología infantil y juvenil y probablemente el que tiene una continuidad —aunque pueda cambiar la expresividad clínica— con mayor prevalencia a lo largo de la vida adulta. Hay que tener en cuenta que el mundo va hacia un comportamiento desinhibido masivo, es decir, hacia la obtención de un beneficio “de todo”, “sea como sea”, importando más la gloria que el honor. Esta hiperactividad globalizada progresiva va a hacer que, en los años venideros, la prevalencia del SDAH siga creciendo, aunque también seguirán mejorando los medios diagnósticos y terapéuticos. Aquellas expresiones tan intrascendentes en apariencia que solíamos escuchar —generalmente de forma coloquial— a nuestros padres y abuelos hace más de 50 años del tipo de

“trasto”, “travieso”, “culo de mal asiento”, “rebelde”, “veleta”, “vago”, irresponsable”, “cabezarrota”, “mala cabeza”, etc., refiriéndose a alguien (niños o adultos) de la propia familia o del entorno conocido, tomó cuerpo de identidad con el concepto —no muy científico, pero ya dentro de lo que se entiende como formando parte del léxico médico— de “disfunción cerebral mínima”, que posteriormente cambió por la de ¡Attention deficit/hyperactivity disorder “(ADHD) o SDAHA. La idea que se tuvo al principio de la era científica (finales del siglo xx) sobre este cuadro, pensando que se trataba de un mero problema de falta de atención, impulsividad e hiperactividad, que afectaba solo a niños (quizá en aquella época se podía aceptar el concepto de “trastorno”, pero no hoy), con una prevalencia muy baja, fue cambiando y el concepto del SDAHA se ha ido ampliando de forma espectacular e incluso alarmante. Por un lado, la prevalencia ha experimentado tal crecimiento que ya es necesario el hacer una clara diferenciación —sin que sea fácil la separación drástica— entre personalidad y patología.

Por otro, se ha aceptado, sin discusión posible, que el cuadro persiste a lo largo de la edad adulta en un elevado porcentaje de las personas que lo presentaban en la edad infantil, y que las manifestaciones clínicas más importantes son la ambición por el dinero, la falta del sentido del ridículo y del arrepentimiento, las ansias por la notoriedad y el amor por sí mismos. Ello puede hacer a estas personas ricas, importantes socialmente y admiradas (por algunos), pero no respetadas y queridas por la mayoría de cuantos son inteligentes y tienen capacidad analítica. Los estudios analíticos de estas personas y de toda la patología que podían llegar a presentar llevó recientemente a aceptar —como parte del síndrome— una serie de trastornos motores, afectivos, del comportamiento y de la moral personal, que habían sido considerados anteriormente como alteraciones psiquiátricas que se podían observar a veces asociadas al SDAHA. Actualmente, estos problemas, conocidos como “Trastornos comórbidos” son más importantes que los tres signos o síntomas definitorios del SDAHA (déficit de atención, impulsividad, hiperactividad) y la presencia de algunos es el factor de mayor influencia en el pronóstico y la evolución de estas personas a lo largo de su existencia. Naturalmente, el conocimiento progresivo de los síntomas ha permitido realizar el diagnóstico del SDAHA desde el nacimiento o desde los primeros años de vida en muchos casos y, por ello, de poder aplicar el tratamiento familiar, escolar y médico (farmacológico) desde épocas muy tempranas y marcar las pautas de comportamiento que hay que seguir con ellos.

Otra cosa bien distinta es la prevención, que resulta misión imposible por el momento. Nuestra prevención fundamentalmente va a ir encaminada a: 1) evitar el fracaso escolar, y el consumo de sustancias prohibidas; 2) conseguir sacarlos a flote como personas con una profesión que les permita vivir de forma honesta; 3) infundir a los padres una idea clara (sin tapujos ni secretismos)

sobre las cualidades positivas (pueden tener muchas) y defectos (también pueden poseer un gran número y algunos muy decisivos) de sus hijos, sobre su personalidad y/o patología y la manera de afrontar unos y otros para conseguir lo mejor para ellos (no cejar en nuestro empeño de sacar adelante a estas personas, aún sabiendo que no nos lo van a agradecer nunca y pese a tener la tentación de dejarlos abandonados a su suerte —mala, en la mayoría de las ocasiones— cansados de su falta de colaboración y su pésimo comportamiento). Que nadie espere —al menos de momento— el más mínimo apoyo por parte de la Administración. Dense por satisfechos, si tienen la suerte de contar con el apoyo y la comprensión de los profesores (as). En cualquier caso, el médico debe saber que los padres de los niños con SDAHA acuden a las consultas médicas por primera vez con las siguientes preguntas, que expresan sus preocupaciones principales: 1) saber si sus hijos presentan o no SDAHA; 2) conocer si ese cuadro tiene cura o no; 3) estar seguros de que no llegan demasiado tarde a la iniciación del tratamiento; y 4) conocer la opinión del médico sobre la actitud blanda o dura que deben adoptar ante un ser todavía pequeño, pero que plantea problemas grandes. El médico debe tener explicaciones adecuadas para todo. No siempre puede encontrar el remedio para cada cosa, pero debe estar presto siempre para ayudar al paciente y a la familia.

La Psiquiatría habrá de adaptarse a esta patología, que no es nueva para ellos (siempre tuvieron entre su clientela a los llamados psicópatas inestables), y a la que ya se le están encontrando remedios, que no difieren tanto de los aplicados en los niños. Es indudable que un porcentaje importante de personas con SDAHA pasarán a ser clientes de los psiquiatras a partir de la adolescencia y, para ello, habrán de prepararse desde ya.

Dada la gran prevalencia del SDAHA y el tratamiento tan diferenciado y cada vez mejor especificado que tienen las personas que lo padecen, al menos durante la edad infantil / juvenil, la Administración debería tenerlo en cuenta con la incorporación de programas educativos menos rígidos que los actualmente existentes, para poder aprovechar las muchas condiciones (fundamentalmente creativas) que tienen estas personas, desarrollar una actividad que les permita vivir de forma honrada y disfrutando con ella. Con ello se evitan o se sobreponen a las frustraciones del fracaso escolar y de la poca simpatía que despiertan en cuantos conviven con ellos (de los próximos a su entorno familiar y de cuantos se relacionan con ellos). Siempre es positivo motivarlos por el deporte y por las artes.

Antes de finalizar estas palabras que sirven de introducción en la materia que nos ocupa, queremos expresar nuestro agradecimiento a la Editorial Díaz de Santos por el esfuerzo que ha hecho para confeccionar un libro de gran nivel tipográfico. Gracias a todos cuantos han participado en sacarlo adelante.

SÍNDROME DE DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD (SDAHA). GENERALIDADES

1.1. DEFINICIÓN

El “síndrome de déficit de atención/hiperactividad” (SDAHA) (MIM126452) viene definido por tres síntomas: 1) Déficit de atención. 2) Impulsividad. 3) Hiperactividad. Se entiende como síndrome de déficit de atención un cuadro caracterizado por tendencia a la distracción fácil, dificultad para mantener la atención durante unos minutos seguidos y personalidad dispersa y desorganizada. Se conceptúa como hiperactivo al sujeto que muestra hipercinesia (aumento de su actividad motora), que tiene continuamente la necesidad de cambio y que pasa poco tiempo seguido en la misma posición y en la misma actividad. Una tercera faceta, la impulsividad, suele asociarse en las personas con déficit de atención e hiperactividad —más con ésta— y puede constituir la característica más severa del cuadro, especialmente si éste persiste a lo largo del tiempo. El trastorno comienza a ponerse en evidencia durante las primeras edades y suele continuar durante la adolescencia y la edad adulta, aunque pueden modificarse las manifestaciones clínicas. La hiperactividad se detecta habitualmente en edades más precoces que el déficit de atención. También la impulsividad se pone de manifiesto muy temprano en una gran parte de los niños.

Si al día de hoy —año 2009— tuviéramos que resumir conceptualmente qué es el SDAHA, diríamos que “es un cuadro de comienzo temprano, de alta prevalencia en su expresión comportamental, con etiologías genética, medioambiental y biológica, que persiste a través de la adolescencia y de la edad adulta en una gran mayoría de las personas (de ambos sexos) afectadas”. Se caracteriza por síntomas del comportamiento que se expresan por falta de atención, hiperactividad e impulsividad a lo largo de la vida, estando asocia-

do a un considerable número de trastornos comórbidos y a problemas en la coordinación motriz. La comorbidad consiste en una serie de hechos clínicos distintos en la niñez y en la edad adulta. Aunque su etiología no está del todo aclarada todavía, la idea emergente —a través de las aportaciones científicas que van apareciendo— es que este síndrome tiene una fuerte base biológica y genética. Se han dado muchos pasos en el conocimiento del cuadro, pero quedan muchos problemas por resolver, especialmente en lo que concierne a los criterios diagnósticos en la edad adulta y al mejoramiento de los trastornos funcionales y la prevención de los problemas de todo tipo que pueden causar los afectados e incluso a la aparición de los síntomas (Spencer *et al.*, 2007). Es indudable que sea cual fuere el grado de afectación con el que se exprese clínicamente el SDAHA, este síndrome va a tener casi siempre efectos negativos sobre la vida de los individuos que lo padecen, sobre sus familias y sobre la comunidad, desde la época preescolar hasta la vida adulta (Harpin 2005). Ello no quiere decir que las personas afectadas no puedan alcanzar altas cotas profesionales y gran nivel económico, pero el lema de su vida será siempre el mismo “vaya yo caliente y ríase la gente” y “primero yo, después... nadie, y luego... los demás”. Hay quien no es partidario de incluir como personas con SDAHA a las que presentan un nivel intelectual alto. Parece, sin embargo, que las condiciones positivas y negativas que desarrollan tanto durante la época escolar como después no difieren mucho de las de los sujetos de término medio y, por ello, se estima que deben incluirse como SDAHA siempre que cumplan con los criterios diagnósticos (Antshel 2008).

Dada la gran cantidad de trastornos psiquiátricos de la infancia y la presencia de entidades neurológicas que incluyen, como alguno de sus síntomas la hiperactividad y/o el déficit de atención, se ha sugerido por algunos que el SDAHA puede corresponder tal vez más a un síntoma que a un verdadero síndrome (Weinberg y Harper 1993; Weinberg *et al.*, 1997). Sin embargo, las alteraciones bioquímicas encontradas en los casos hereditarios y en los niños nacidos prematuramente y con bajo peso, parecen confirmar al SDAHA como una entidad patológica de características etio-patogénicas bien definidas. Tal vez pueda ponerse en duda que presenten este síndrome absolutamente todos los sujetos impulsivos o con facilidad para perder la atención o que se muevan excesivamente, pero puede afirmarse, sin temor a equivocarse, que lo tienen una gran mayoría de ellos.

No puede negarse la evidencia de las dudas que están surgiendo en los últimos años sobre la definición de SDAHA y los límites de su sintomatología para considerar el cuadro como un tipo de personalidad o una patología psiquiátrica (Pascual-Castroviejo 2008). Es indudable que el fenotipo SDAHA no es una rara variación del comportamiento, sino una manera muy común de exteriorizar lo que piensan, desean y sienten muchas personas, con facilidad para desarrollar el cuadro en mayor cuantía en algunas pobla-

ciones (Arcos Burgos y Acosta 2007), así como los cambios de criterio sobre la catalogación de las personas como de tener un comportamiento normal o de mantener una actitud descarada, desinibida y de “ir a lo suyo” (una figura muy común y más frecuente de comportarse los sujetos con personalidad o patología de SDAHA a medida que pasa el tiempo). Por ello, no puede negarse que lo que tan solo hace 15-20 años se consideraba como forma de comportarse muy patológica o, al menos, poco común, hoy sea aceptada como actitud inadecuada, pero normal. Es de suponer que la altura del listón que delimita lo normal de lo anormal irá bajando en los próximos años

1.2. SINONIMIA

Este trastorno ha existido siempre. Las primeras noticias científicas escritas que se tienen sobre este cuadro se refieren a un niño con falta de atención e hiperactividad comentado en un libro por el alemán Heinrich Hoffmann en 1848. Hace un siglo, Still (1902) describía en tres artículos publicados en *Lancet* las características clínicas de estos sujetos como “incapacidad inhibitoria”, “falta marcada de capacidad de concentración y de sostenimiento de la atención” y “defectos en el control motor”.

La manera de comportarse de los sujetos que lo presentan ha sido catalogada de formas bien diversas. Hasta llegar a los tiempos actuales —en los que el nombre científico de “síndrome de déficit de atención/hiperactividad” ha arraigado entre las gentes de todas las capas sociales, tanto los niños como los adultos con este cuadro, debido a su abundancia de movimientos y a su peculiar forma de comportarse, eran conocidos popularmente como “culos de mal asiento”, hipercinéticos (Menkes *et al.*, 1967, Montagou 1975, Millman 1979). Otros nombres muy universales y que definen el comportamiento de estos niños son los de “incorregibles” e “inmaduros” (Denckla, 2003).

Su peculiar forma de comportarse, sus acciones y contradicciones así como su personalidad, nada propicia a los convencionalismos sociales, hacía que fueran considerados enfermos psiquiátricos y, por ello, durante muchos años fueron conocidos como “psicópatas inestables”. En los años 60 y 70, tras observarse algunos signos de afectación neurológica —hipotonía, pies plano-valgos, hiperreflexia miotática, etc.— comenzó a denominarse “daño cerebral mínimo” que —casi al mismo tiempo— se cambió por un término menos organicista y más funcionalista, como es el de “disfunción cerebral mínima” (Menkes *et al.*, 1967). Ya por aquella época se tenía evidencia de que el cuadro tenía carácter familiar (Morrison y Stewart 1971). A partir de los 80 se acuñó la denominación actual de “síndrome de déficit de atención/hiperactividad” (SDAHA) que expresa mejor que ningún otro las manifestaciones clínicas del síndrome.

La expresión en inglés es “attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)”, cuya traducción al español es “trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)”, que, en nuestra opinión, no se ajusta a la amplitud conceptual de esta patología, que no es solo un trastorno, sino un conjunto de trastornos que se presentan en las mismas personas. Es decir, es un síndrome con toda la amplitud que esta palabra significa en términos médicos, al menos en español.

1.3. FORMAS O SUBTIPOS

Si bien existen controversias sobre la existencia o no de formas incompletas, se considera que, aparte la forma clásica o completa de SDAHA, con la presencia de todos los signos clínicos del trastorno, reunidos en un mismo sujeto, a la que se conoce como *tipo combinado*, pueden existir varios subtipos (Goodyear y Hynd 1992, Lahey *et al.*, 1994). Uno debe corresponder al síndrome de déficit de atención sin hiperactividad ni impulsividad, otro puede corresponder al síndrome hiperactivo-impulsivo sin que exista déficit de atención, a los que parece faltarles el suficiente grado de reflexión que debe tener todo individuo. El subtipo o tipo combinado es el que reúne los tres síntomas principales. Justamente este tipo combinado puede ser el más frecuente, llegando a constituir el 69% de los casos con SDAHA en la serie de Geller *et al.*, (2002), que concuerda con nuestra propia experiencia. Lógicamente, esta diferenciación en subtipos está basada en los criterios clínicos del DSM-IV. Con el tiempo se va observando que aumenta el número de casos correspondiente al subgrupo de déficit de atención, pero disminuye considerablemente la hiperactividad, sin que ello quiera decir que desaparezcan facetas peculiares que van asociadas a ella (inquietud por conocer todo, desinhibición, sentido de notoriedad, etc.). Es indudable que la falta de atención comienza a manifestarse más tarde que la hiperactividad, pero tiene mucha más continuidad (Barkley, 2003).

Parece indudable que alguno de los criterios contenidos en el DSM-IV para contemplar el diagnóstico de SDAHA son algo artificiales. Tal es el caso de los seis meses como mínimo que deben persistir los síntomas. ¿Por qué ese plazo justo? Nos parece este periodo bastante artificial y consideramos que no debería contemplarse un plazo fijo o, al menos, que éste tenga algún año de duración. El DSM-IV también implica la opinión de profesores y empleados de la casa, además de la de los padres, a la hora de valorar los síntomas, debiendo coincidir al menos las de dos de las tres partes. La experiencia nos dice que lo más importante es la valoración de los padres, que tienen una visión más natural, espontánea y continuada. Aunque es verdad que casi siempre coinciden las valoraciones analíticas de padres y profesores (Crystal *et al.*, 2001; Mitsis *et al.*, 2002), hay un grupo de niños —de ambos sexos, pero especialmente niñas— que son tímidos y con predominio del déficit de atención, que son

muy problemáticos en casa y se portan normalmente e incluso mejor que el término medio en el colegio. El valor de la opinión de los padres está muy por encima de la de los profesores en estos casos. Si bien es verdad que los niños suspenden más escolarmente que las niñas, las diferencias entre ambos sexos no son muy notables, pero se ha visto una mayor tendencia a los cambios de humor de los varones con SDAHA con la forma combinada que las niñas y una mayor tendencia de éstas que los varones para presentar ansiedad (Bauermeister *et al.*, 2007)

Las diferencias neuropsicológicas entre los subtipos del SDAHA pueden ser pocas y se ha intentado especificarlas utilizando diferentes escalas, aportando la mayoría de las veces resultados discordantes que, en general, se intentan achacar a la imperfección de las propias escalas. Houghton *et al.*, (1999) no encontraban diferencias entre los subtipos déficit de atención y combinado utilizando el Wisconsin Card Sort Test (WCST) y otras diversas pruebas psicológicas, aunque la evolución del subtipo combinado era algo más pobre. Klorman *et al.*, (1999) encontraban niveles más pobres en los tipos combinado e hiperactivo que en el déficit de atención en el test Tower of Hanoi. Nigg *et al.* (2002) apenas encontraba diferencias entre los subtipos combinado y déficit de atención utilizando el DSM-IV y únicamente los varones con el subtipo combinado mostraban menor inhibición motora, considerando que ambos subtipos comparten la mayoría de los trastornos y difieren solo en la severidad. Hallazgos similares eran obtenidos con el DSM-IV por Todd *et al.* (2002), pero, además, encontraban mayores déficits en los tests cognitivos y en los ejecutivos, así como mayor utilización de la educación especial en los subtipos combinado y déficit de atención que en el de hiperactivos-impulsivos, algo parecido a lo que habían recogido Gaub y Carlson (1997a) en una población preferentemente de origen hispano.

No hay duda de que se encuentran individuos en los que, teniendo algunas alteraciones correspondientes a los tres síntomas, existe predominio de algunos de éstos sobre los demás. En los últimos años se está introduciendo la idea de que algunos de los trastornos comórbidos pueden constituir verdaderos subtipos e incluso entidades diferentes de SDAHA (Gadow *et al.*, 2002). No ha podido confirmarse que los subtipos de SDAHA tengan carácter hereditario ni que la severidad de los síntomas tampoco lo tengan, debiéndose las diferencias clínicas, tanto en las características como en la severidad, a factores ambientales en opinión de algunos (Faraone *et al.*, 2000). Por otra parte, se ha comprobado que es muy arriesgado el diagnóstico de los subtipos de SDAHA, déficit de atención e hiperactivo-impulsivo, basados en un solo informante, debiéndose tener una información lo más completa posible de los individuos a los que va a ponerse una determinada etiqueta (Mitsis *et al.*, 2000). Se están haciendo estudios en los que se intenta demostrar la existencia de herencia selectiva de los subtipos del SDAHA según la clasificación del DSM-IV (Todd

y Lobos 2002) e incluso de algunos trastornos comórbidos y se han descrito resultados no siempre concordantes, habiéndose encontrado una mayor tendencia al subtipo de déficit de atención y al combinado en las mujeres (Todd *et al.*, 2001), pero las pruebas irrefutables de estos hechos deberán ser confirmadas por la genética, aunque, en la práctica clínica, este subtipo es el predominante en mujeres, siendo mucho más raro en ellas el hiperactivo-impulsivo.

La estabilidad diagnóstica de los subtipos de SDAHA, según criterios del DSM-IV, a los cinco años, cambia en un porcentaje importante de casos, sin que se hayan encontrado criterios o factores que pudieran predecir estos cambios, si bien el paso de este periodo mejoraba la estabilidad del diagnóstico y el significado de diversas alteraciones, tales como actitud oposicional desafiante en los niños y jóvenes con el subtipo de déficit de atención (Todd *et al.*, 2008).

Se ha especulado con la posible relación entre la inmadurez biológica (retraso en el crecimiento, el peso y la edad ósea) con la inmadurez psicológica y la presencia de SDAHA, pero los estudios científicos sobre escolares jóvenes no han podido confirmarlo (Gustafsson *et al.*, 2008), como era de esperar.

En los últimos años se está observando una tendencia a considerar insuficientes los criterios del DSM IV y del ICD-10 para clasificar el SDAHA, especialmente por la influencia que tienen los trastornos comórbidos, que en un principio no eran considerados como elementos propios del síndrome. Al objeto de mejorar la relación entre variaciones fenotípicas y alteraciones específicas con los genes alterados cuyas expresiones bioquímicas dan origen al cuadro clínico, han sido propuestos diferentes métodos de clasificación que manejan múltiples variantes. Uno de ellos es el *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Volk *et al.*, 2006), otro es el Latent Class Analysis (LCA) (Neuman *et al.*, 2001, Todd *et al.*, 2002, Acosta *et al.*, 2008). Con ellos puede conseguirse más fácilmente el conocimiento de algunos subtipos y relacionarlos con variaciones en hallazgos genéticos como es el subtipo de SDAHA combinado (Volk *et al.*, 2006).

1.4. EPIDEMIOLOGÍA

El SDAHA es extremadamente común. Se ha estimado que lo presenta aproximadamente el 6% de todos los niños (Kadesjö y Gilberg 1998), aunque se dan cifras extremas amplias, que van desde el 3% al 10% o incluso más (Szatmari 1992, Swanson *et al.*, 1998). Especialmente en niños pequeños se han dado prevalencias tan altas como del 17,8% (Baumgaertel *et al.*, 1995, Wolraich *et al.*, 1998) —disminuyendo la prevalencia a medida que aumenta la edad— observándose siempre una frecuencia doble o triple en varones que en mujeres (Szatmari *et al.*, 1989). La prevalencia que se está manejando úl-

timamente sobre el SDAHA oscila entre el 1% y 20% (Barkley 1998). Tal vez por ello, el Instituto Nacional de la Salud de los EE UU está advirtiendo del riesgo de un sobre-diagnóstico del SDAHA (American Academy of Pediatrics, 2000).

El hecho real es que, a medida que pasa el tiempo, van aumentando de forma espectacular las cifras de presentación de este cuadro, que se ponen por encima del 15% con solo dejar de ser muy estricto con los criterios diagnósticos (Barbaresi *et al.*, 2002). Es evidente que en países en los que el interés por el SDAHA ha comenzado un poco tarde debido a que la comercialización de fármacos para su tratamiento se ha realizado muy recientemente, como ocurre con el Reino Unido, la prevalencia del síndrome es baja, del 3.8% (Goodman *et al.*, 2000), pero los porcentajes que se publican van subiendo año tras año. Por el contrario, en países de larga tradición en el estudio del SDAHA, como los EE UU, se está observando un gran incremento de esta patología cuyo estudio se inicia a través de los problemas psicosociales que provocan una sintomatología clínica variada. Algunos autores han encontrado que más del 25% de los niños atendidos en las consultas pediátricas tienen problemas mentales o del comportamiento (Costello *et al.*, 1988a). La prevalencia relativa, referida a la población psiquiátrica puede sobrepasar el 50% en opinión de algunos (Barkley 1998a), aunque ello no quiera decir que todos los casos se correspondan con SDAHA.

No se puede negar que, aunque no existe frontera separativa entre personalidad y patología hiperactiva y dispersa, existen las suficientes diferencias entre unos individuos y otros como para aceptar la separación entre el comportamiento y la repercusión sobre los demás y sobre ellos mismos de unos y de otros (Pascual-Castroviejo 2008). Rushton *et al.*, (2002) presentaban un estudio sobre 4.012 niños —edad media de 8,9 años— que habían acudido al hospital por problemas psicosociales, siendo las 2/3 partes varones y 1/3 mujeres, el 85,8% eran blancos y el resto de otras razas. La mitad de estos niños presentaba SDAHA, con diversos tipos de manifestaciones clínicas. Hay quien sugiere que el desequilibrio numérico entre la frecuencia mucho más alta de varones respecto a mujeres con SDAHA puede ser algo exagerado y se debe en parte a la agresividad de los niños, que los hace candidatos a ser estudiados como posibles afectados más que las niñas (Wolraich *et al.*, 1996). El trastorno ha sido considerado tradicionalmente más frecuente en niños que en niñas, con una relación niño:niña de 2:1 para los casos con afectación severa del déficit de atención asociado a déficit del control motor y de la percepción, mientras que dicha relación es de 6.2:1 cuando solo hay SDAHA severo (Kadesjö y Gillberg, 1998). Sin embargo, hay quien encuentra que se establece un equilibrio de 1:1 en la preadolescencia (Dunn *et al.*, 2003) y al final de la adolescencia (Cohen *et al.*, 1993) e incluso que hay un predominio mujer:hombre de 2:1 entre los adultos jóvenes (Biederman *et al.*, 1994). En cualquier caso, es evidente