

# Diagnóstico Diferencial en el TDAH

## ADHD: Differential Diagnosis

Carlos Mas Pérez

Servicio de Salud Mental de la Comunidad de Madrid

**Resumen.** El autor aborda en el presente trabajo los aspectos referentes al diagnóstico diferencial del TDAH, partiendo de la evolución conceptual y diagnóstica del trastorno. Expone los criterios y las condiciones para desarrollar el proceso del diagnóstico diferencial, así como algunos de los instrumentos existentes en este momento que permiten complementar la percepción clínica. Se subraya, asimismo, el carácter multidisciplinar de la intervención, así como el riesgo de sobrediagnóstico que en la actualidad señala un amplio sector de profesionales.

*Palabras clave:* TDAH, diagnóstico diferencial, comorbilidad, función ejecutiva, sobrediagnóstico.

**Abstract.** In this study the author deals with different aspects of ADHD diagnosis, taking as a starting point the evolution of the concept and diagnosis of the disorder. It sets out the criteria and the conditions that are necessary to carry out a process of differential diagnosis, as well as some of the instruments that are currently available to complement its clinical perception. The multidisciplinary nature of the intervention is also highlights, as well as the danger of overdiagnosis which a large number of professionals currently point to.

*Key words:* ADHD syndrome, differential diagnosis, comorbidity, executive function, overdiagnosis.

### Introducción

El síndrome de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) ha sido incorporado en una época relativamente reciente a la psicopatología infantil, tras una larga etapa de estigmatizaciones de los individuos afectados por dicho síndrome. En buena medida esto se ha producido como consecuencia de la consideración del fenómeno desde distintas culturas sanitarias, médicas en particular, educativas y las relativas a los medios de comunicación. Es lo que podría explicar el hecho, por ejemplo, de la gran disparidad de datos epidemiológicos a uno y otro lado del Atlántico.

Por otro lado, existe la dificultad añadida para establecer un diagnóstico claro de la existencia de

subgrupos en el cuadro y también de la llamativa frecuencia con que muchos sujetos, en absoluto afectados de ninguna psicopatología, presentan algún signo aislado de los que componen el complejo TDAH.

En consecuencia, se hace evidente la necesidad de establecer un diagnóstico diferencial con respecto a otras entidades clínicas, muchas de ellas de muy temprana presentación y que generan serias dudas acerca del encuadre que les corresponde. En la vida del niño se dan infinidad de situaciones, además de una importante diversidad de cuadros patológicos, que le hacen comportarse o reaccionar de forma desequilibrada, a veces incluso espectacularmente, mostrando alteraciones que, aunque no cumplan todas las condiciones relativas al TDAH, recuerdan mucho de sus rasgos de comportamiento. Esto puede ocurrir de manera temporal, aunque durante un período inusualmente prolongado.

---

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al autor al E-mail: [cmpetersen@telefonica.net](mailto:cmpetersen@telefonica.net)

## Antecedentes

Se admite de forma generalizada que la primera descripción que ha llegado hasta nosotros de un personaje afectado de TDAH se debe a Friedrich Hoffman, en torno a 1844. Se trata de un médico alemán, que trataba preferentemente a niños, por lo cual en la actualidad le consideraríamos pediatra. También dirigió en Frankfurt un centro de internamiento para, según la terminología de la época, *locos y epilépticos*. Además de ello, era escritor e ilustrador, y se piensa que los personajes de sus cuentos estaban inspirados en algunos de los casos que trataba.

En términos más científicamente rigurosos, el pediatra inglés Still (1902) ofreció una primera descripción detallada de niños con comportamientos caracterizados por la impulsividad, agresividad y la falta de atención. Denominó este complejo como “defecto del control moral”, en una nomenclatura y conceptualización que correspondían al momento histórico en que se encontraba.

En los años posteriores a la Primera Guerra Mundial empezó a considerarse la etiología orgánica del TDAH. En bastante medida esto se debió a las consecuencias de la pandemia de gripe que tuvo lugar a partir de 1918. Una complicación de la misma fue una epidemia de encefalitis letárgica, que supuso una oleada de niños con discapacidades psiquiátricas que en el pensamiento diagnóstico de la época, sensiblemente predispuesto a atribuir la discapacidad a una enfermedad cerebral, promovieron la idea de que aquella se debía a una alteración estructural o lesional del encéfalo. Los niños supervivientes de la epidemia presentaban con frecuencia un trastorno comportamental grave, de características muy similares a las descritas por Still. A estos niños se les describía como “impulsados orgánicamente”, con lo que a partir de aquí tomo forma el “síndrome de lesión cerebral humana”.

A principios de la década de los 60 del pasado siglo se empezó a aceptar que los niños que mostraban estos síntomas no presentaban lesión cerebral constatable alguna, sino que no se podía ir más allá

de la apreciación de una disfunción cerebral general. En consecuencia, se extendió la noción de “disfunción cerebral mínima”, acuñada por Clements y Peters. A partir de ahí, fue adquiriendo protagonismo el concepto de hiperkinesia, caracterizado por síntomas comportamentales no atribuibles a un daño cerebral y que situaba la hiperactividad como núcleo del trastorno. En los años 70 se produce un giro decisivo en la consideración del TDAH, de la mano de la argumentación de Virginia Douglas, quien sostuvo que la deficiencia fundamental de los niños hiperactivos no era tanto el exceso de actividad sino la dificultad en mantener la atención y la impulsividad (Menéndez, 2001). En consecuencia, lo que planteaba era una dificultad en la autorregulación, concepción que sigue de actualidad y que conecta directamente con los trabajos y enunciados de Barkley (Barkley, 1999).

Las distintas versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales elaborado por la APA han presentado de diversas maneras el TDAH. En el momento actual, la versión IV-TR (APA 2000) plantea, con arreglo al listado de criterios diagnósticos que presenta, la existencia de tres subtipos según predomine la hiperactividad o el déficit de atención:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio de la hiperactividad.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.

## Situación actual

Hasta el momento presente se ha ido produciendo un acercamiento en la concepción del trastorno, que se concreta en los dos sistemas internacionales de clasificación que más se utilizan en la actualidad, la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales de la OMS (CIE-10, 1995) y el Manual Estadístico y Diagnóstico de los

Trastornos Mentales (DSM IV-TR, 2000). En las versiones actualizadas de ambos se recoge un listado similar de 18 síntomas. En ambos sistemas se enuncian los elementos relacionados con la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. En los dos se plantea la necesidad de que los síntomas persistan a lo largo del tiempo y a través de las situaciones, con desajustes clínicamente significativos por lo menos en dos contextos diferentes. Con todo, no existe acuerdo total entre los dos códigos. De manera específica, el CIE 10 considera como criterio de exclusión la presencia de otros trastornos, lo cual no es compartido por el DSM-IV. Antes bien, este último acepta la posibilidad de comorbilidad con otros trastornos. En consecuencia, la sintomatología no se considerará como perteneciente a un trastorno diferenciado sólo en el caso de un trastorno generalizado del desarrollo o psicótico, o cuando se explique mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Otra diferencia la encontramos en que el CIE 10, para formular un diagnóstico de TDAH, requiere la presencia de los tres síntomas esenciales. De hecho, solicita que por lo menos se aprecien seis síntomas de inatención, tres de hiperactividad y al menos uno de impulsividad. El DSM-IV, por su parte, plantea que tanto la expresión de dificultades de atención como de hiperactividad-impulsividad pueden dar lugar a un diagnóstico positivo.

Actualmente, se está elaborando la versión V del DSM, cuyo grupo de trabajo (2009) plantea las siguientes modificaciones respecto a la versión anterior:

- La evidencia no apoya la subdivisión del DSM-IV en subtipos, predominantemente el hiperactivo vs. inatento.
- Las tres características cardinales del trastorno (hiperactividad, inatención e impulsividad) pueden ser consideradas dimensionalmente.
- Estas dimensiones podrían ser aplicables a otras categorías diagnósticas que muestran comorbilidad con el TDAH: trastorno oposicionista desafiante, trastorno de conducta o de aprendizaje, síndrome de Gilles de la Tourette y TEA's.

- Los criterios diagnósticos no son adecuados para adolescentes y adultos. El grupo de trabajo sugiere incluir manifestaciones asociadas a la edad.
- Debe ser examinada la edad de inicio antes de los 7 años, pero ha de ser antes de la etapa de mayor riesgo del uso de tóxicos, trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos.
- Hay apoyo suficientemente para eliminar el concepto de diagnóstico diferencial: "Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de un TGD".
- Se discute el requerimiento de duración de 6 meses, aumentándolo a 12.

En cuanto a los posibles criterios en diagnósticos adultos planteados por el grupo de trabajo DSM-V, encontramos lo siguiente:

- Se distrae fácilmente por estímulos extraños.
- A menudo toma decisiones impulsivamente.
- A menudo tiene dificultades para detener actividades o conductas cuando ha de hacerlo.
- A menudo inicia un proyecto o tarea sin leer o escuchar las instrucciones cuidadosamente.
- A menudo muestra un pobre seguimiento de las promesas o compromisos hechos a otros.
- A menudo tiene problemas para hacer las cosas en el orden o secuencia adecuados.
- A menudo le gusta conducir vehículos de motor mucho más rápido que otras personas.
- A menudo tienen dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- A menudo tiene dificultades para organizar tareas o actividades.

En la actualidad, hay acuerdo generalizado en considerar que el problema fundamental del TDAH radica en la autorregulación. Esto supone concebir este trastorno como una alteración del proceso cognitivo de orden superior conocido como "Función Ejecutiva" (Barkley, 1999), bajo la cual denominamos aquellos sistemas cerebrales de orden superior que activan, integran, coordinan y modulan otras funciones cognitivas. El problema para los afectados no es la incapacidad para mantener la atención, organizar una tarea, recordar lo que acaba de suceder...

pueden llegar a realizar todas estas funciones básicas de manera adecuada bajo determinadas condiciones. El problema radica en que los afectados no son capaces de activar o mantener estas funciones, que a veces realizan bastante bien, en muchas situaciones en que es deseable o necesario que lo hagan. Las funciones permanecen intactas, pero no obedecen eficazmente al procesamiento de una orden superior. El individuo, por lo tanto, no es capaz de activar, organizar y utilizar estas funciones como debiera; es incapaz de conectar y desconectar cuando se precisa, no puede ejercer su voluntad al respecto.

También se está aceptando de forma cada vez más generalizada el carácter dimensional de estos trastornos:

- Las diversas alteraciones de la función cognitiva sintomática de desatención tienen lugar virtualmente en todas las personas con distintos grados de intensidad.
- No está bien definida la línea divisoria entre las personas diagnosticadas de TDAH y las que no cumplen los criterios diagnósticos.

### Diagnóstico Diferencial.

La aplicación de los pasos clásicos del proceso de diagnóstico diferencial al TDAH se podría sintetizar de la manera siguiente:

- Es preciso descartar como etiología el uso de una sustancia que puede provocar sintomatología compatible con el diagnóstico de TDAH, tanto de tipo medicamentoso como puedan ser broncodilatadores o hidrácidas, como de tóxicos de abuso.
- Determinar si los síntomas pueden deberse a una enfermedad médica, ya que muchos sujetos que las padecen ofrecen de forma más o menos parcial una expresión sintomática similar a la del TDAH. En consecuencia, resulta también imprescindible establecer la frontera con un trastorno no mental, en la medida en que muchos de los síntomas incluidos en los criterios diagnósticos del TDAH se encuentran en

una variedad de enfermedades médicas que no son por sí mismas indicativas de la presencia del trastorno.

- Se trata de determinar cual de los trastornos mentales codificados describe mejor la sintomatología.
- Es preciso diferenciar entre trastornos adaptativos, es decir, caracterizados por una respuesta desadaptativa ante un agente estresante y aquellos en los que la misma no se explica por la presencia de dicho agente.

Con arreglo a lo expuesto hasta ahora, podemos considerar una serie de cuadros que pueden presentar una sintomatología propia del TDAH, como pueden ser:

- Alteraciones genéticas cromosómicas, como serían los síndromes de Turner, Klinefelter, hipermasculinidad o X frágil.
- Procesos metabólicos, como podrían ser los relacionados con la función tiroidea, tanto en el sentido hipo como hiper.
- Procesos infecciosos como las encefalitis o las meningitis.
- Algunos tipos de neoplasias.
- Enfermedades de carácter neurodegenerativo, como la enfermedad de Wilson o las del tipo coreico.

En lo que se refiere a la distinción diagnóstica en el contexto de las alteraciones tímicas o comportamentales, se pueden considerar cuatro grupos en los que se observa una frecuente similitud sintomática con el TDAH o gran comorbilidad:

- Trastornos de ansiedad, con respecto a los cuales la comorbilidad se sitúa en torno al 25 %. Los síntomas más comunes (Tannock, 2000) son la preocupación excesiva por la competencia en determinadas áreas, la preocupación irreal por acontecimientos futuros y la necesidad excesiva de asegurarse; se preocupan también por su comportamiento. Son niños que no suelen expresar espontáneamente sus preocupaciones, pero que si se les pregunta o se habla con ellos acerca de las mismas suelen responder abiertamente.

- Trastornos del estado de ánimo, con una comorbilidad estimada del 30 %. Existe evidencia de que el trastorno depresivo mayor es más prevalente entre los niños con TDAH que en la población general (Spencer, Wilens, Biederman, Wozniak, Harding, 2000). Los sentimientos que solemos encontrar en niños afectados por TDAH, y que no responden necesariamente a la existencia de un síndrome depresivo, son de minusvalía, incapacidad, baja autoestima tanto en relación a su ambiente familiar como escolar y social (Miranda, Roselló y Soriano, 1998). Se trata de niños con ánimo decaído porque lo que viven es una gran dificultad para comportarse, integrar conocimientos y ser aceptados como los otros niños. La coexistencia de TDAH y trastorno del estado de ánimo en un sujeto determina la necesidad de establecer una prioridad en cuanto a la intervención terapéutica, ya que hay que otorgársela al trastorno afectivo (Miranda, Amado y Jarque, 2001). Resulta útil la utilización de ciertos criterios para establecer un diagnóstico diferencial entre ambos trastornos:
  - Edad de inicio: para el trastorno afectivo se toma a partir de los seis años y para el TDAH antes de esa edad.
  - Prodromos: en el caso de los trastornos afectivos se presentan en forma de alteración de las emociones y para el TDAH como dificultades atencionales.
  - Evolución: en el trastorno afectivo suele ser cíclica y crónica y en el TDAH es de tipo crónico.
  - Humor: oscilante, decaído, frecuente irritabilidad en el trastorno afectivo, mientras que en el TDAH se caracteriza por la baja autoestima.
  - Síntomas psicóticos: a veces aparecen en el trastorno afectivo, mientras que en el TDAH está ausentes.
- Trastornos de conducta: la comorbilidad se sitúa en torno al 40 % de los casos. Constituye, por lo tanto, la mayoría de la comorbilidad de

los niños afectados por TDAH. Los tipos de trastornos que nos encontramos son los de carácter negativista, el desafiante, el agresivo y el correspondiente a la delincuencia manifiesta. Conviene subrayar que el TDAH y el trastorno de conducta no constituyen variaciones acerca de un solo tema. Los niños sin comorbilidad se presentan con síntomas básicos diferentes a los que sí la presentan, tiene patrones distintos de correlaciones psicosociales y rinden de forma diversa en medidas objetivas de síntomas de TDAH. En cambio, los niños que presentan comorbilidad aparecen con las correlaciones de síntomas psicosociales correspondientes a ambos trastornos. En los niños con TDAH podemos apreciar un patrón persistente de problemas evolutivos y alteraciones cognitivas. Por su parte, en los casos de trastorno de conducta el patrón psicosocial suele indicar un nivel socioeconómico bajo, niveles superiores de adversidad psicosocial y mayor frecuencia en lo que se refiere a la existencia de problemas familiares significativos.

Los hallazgos de los estudios acerca de patrones genéticos familiares, curso longitudinal y bases neurobiológicas entre poblaciones afectadas de trastorno de conducta y TDAH son coherentes con la hipótesis de que la configuración comórbida representa un subtipo distinto o una presentación más virulenta del TDAH (Newcorn y Halperin, 2000). Se considera también que el TDAH es un factor de riesgo para la aparición y desarrollo de un trastorno de conducta patológico.

- Trastornos de aprendizaje: su comorbilidad con el TDAH se sitúa en torno al 20 %. La dificultad de carácter académico como consecuencia de los problemas en la integración de conocimientos es una de las características más claramente asociadas al TDAH. En general, afecta de forma homogénea a todas las áreas de aprendizaje. Sin embargo, el TDAH y los trastornos de aprendizajes son entidades distintas que pueden darse simultáneamente en el mismo indivi-

duo pero distinguibles entre sí. El primero se define preferentemente a partir de sus manifestaciones conductuales, mientras que los segundos lo hacen en términos de déficits que afecta a uno o más procesos psicológicos básicos.

Los niños con TDAH suelen ser más variables en su rendimiento, ya que este es muy dependiente de las condiciones ambientales, de los estímulos y de los momentos en que afrontan sus tareas. Este fue uno de los factores que contribuyeron a malinterpretar la actitud de los niños afectados, ya que al ser capaces de rendir mucho mejor en unas ocasiones que en otras, se tendió a atribuir a su voluntad el hacerlo de una manera o de otra.

### La formulación del diagnóstico.

Nunca está de más recordar y subrayar que el diagnóstico es un medio y no un fin, es un instrumento más que debe ayudar a una tarea indispensable cada vez que se aborda un caso, que es la de entender qué le ocurre al paciente y qué es lo que mejor explica esto que le pasa.

Para ello, los procesos diagnósticos y los instrumentos que en los mismos se utilizan cumplen un papel funcional, instrumental, dirigido a reducir en la medida de lo posible el intervalo de error y ampliar hasta donde se pueda las opciones de comprensión del profesional.

Hasta el momento actual, no contamos con instrumentos que específicamente determinen la existencia o no de un TDAH. El diagnóstico es de carácter fundamentalmente clínico y requiere un planteamiento organizado que incorpore una serie de elementos:

- Entrevista, que explore las áreas correspondientes a:
  - Dificultad percibida.
  - Historia.
  - Síntomas TDAH.
  - Otros síntomas.
  - Historia de tratamientos e intervenciones.

- Historia médica.
- Historia familiar.
- Historia escolar.
- Áreas de funcionamiento satisfactorio.
- Formulación de la hipótesis diagnóstica.
- Observación.
- Aplicación de instrumentos de despistaje.
  - Inventarios de síntomas.
  - Escalas de valoración.
- Generales o de amplio espectro.
  - ACBC (Achenbach).
  - BASC (Reynolds & Kamphaus).
  - ASI (Gadow & Sprafkin).
- Orientadas al TDAH.
  - Conners, en sus diversas versiones.
  - CAPC (Barkley).
  - ADHDT (Gilliam).
  - EDAH (Farré & Narbona).
- Resulta muy útil la evaluación desde el punto de vista psicomotor y con los instrumentos de esta especialidad, ya que es muy ilustrativo y diferenciador el rendimiento obtenido en las valoraciones de tono, equilibrio, coordinación y construcción y estructuración espaciotemporal.

En realidad, los elementos e instrumentos que se utilizan tanto en la detección, evaluación y diagnóstico del TDAH como en el abordaje terapéutico del mismo no son esencialmente diferentes de los que se usan para la intervención con otros tipos de trastornos infantiles. Lo que sí es distinto es la organización, la lectura de la evolución y resultados y la prioridad de objetivos que se persiguen. Ya no hay duda de que se trata de una alteración que se ha de afrontar desde distintas especialidades profesionales y con muchos actores en el tratamiento de los niños: padres, maestros, psicólogos, psicoterapeutas, pediatras, psicopedagogos ... Una interdisciplinariedad que requiere la presencia ineludible de la coordinación entre todos ellos y los dispositivos desde los que actúan. Se trata de un síndrome muy complejo, con muchas repercusiones individuales, ambientales y familiares, cuyas dificultades hay que abordar tomándolas como parte de una totalidad.

Otra importante cuestión sobre la que convendría

estar particularmente atentos es la de la función que el diagnóstico actual del TDAH tiene en el contexto escolar, familiar y social. Los profesionales que recibimos la demanda que en estos momentos se plantea estamos percibiendo un claro sobrees señalamiento inicial de niños presuntamente afectados por hiperactividad o inatención, que en un alto porcentaje no se confirma en la clínica. Sin embargo, esto suele tener importantes repercusiones de cara al niño, no siendo la menor una fuerte estigmatización que no se ve resuelta por la confirmación o no

de la existencia del síndrome tras el proceso diagnóstico.

La prudencia y el rigor a la hora de manejar los criterios de señalamiento, la derivación sin prejuicio y la consulta entre profesionales deben ser permanentemente invocados con el fin no sólo de verificar la existencia de un complejo sindrómico a partir de los posibles signos de alteración o trastorno, sino de falsar las hipótesis sobre las que se apoyan las afirmaciones diagnósticas o prediagnósticas que se formulan al respecto.

## Extended Summary

The syndrome of ADHD has been incorporated quite lately to the childhood psychopathology, after one long period of stigmatizations of the affected individuals. This has mostly been the result of the consideration of the phenomenon from different sanitary, medical and educative cultures and also the related ones to mass media. It is what could explain the fact, for example, of the great disparity of epidemiologic data on both sides of the Atlantic. On the other hand, the added difficulty exists to establish a clear diagnosis of the existence of many syndrome sub-groups and also of the showy frequency whereupon many subjects, absolutely affected of no psychopathology, present some isolated sign of which they compose complex ADHD. Consequently, it becomes evident that we need to establish a differential diagnosis respect to other clinical syndromes, many of them with very early presentation and that generate serious doubts about the frame that corresponds to them. In the child's life they occur infinity of situations, in addition to an important diversity of pathological syndromes, that make him behave or react in an unbalanced form, sometimes even spectacularly, showing alterations that, if they do not fulfill all the conditions related to the ADHD, remember much of their behavior characteristics. This can happen in a temporary way, although during a period unusually prolonged.

In years 70 takes place a decisive turn in the consideration of the ADHD based on the argumentation of Virginia Douglas, that claimed that the fundamen-

tal deficiency of the hyperactive children was not as much the excess of activity as the difficulty to pay attention and to control the impulsiveness (Menéndez, 2001). Consequently, she talks about difficulty in the self-regulation, conception that follows to the present time and that directly connects with the works and statements of Barkley (Barkley, 1999). Until today, there has been an approach in the conception of the disease, that takes shape in both international systems of classification which are now mainly used, the Classification the OMS CIE-10 (1995) and the APA DSM IV-TR (2000). In the both updated versions they are a similar listing of 18 symptoms. In both systems are enunciated the elements related to the attention deficit, the hyperactivity and the impulsivity. Both of them, consider that the symptoms must persist throughout the time and through the situations, with clinically significant misalignments at least in two different contexts. Yet, total agreement between both codes does not exist. Particularly, CIE - 10 considers as exclusion criterion the presence of other upheavals, which is not shared by the DSM-IV. Rather, this last one accepts the possibility of comorbidity with other upheavals. Another difference we found is that CIE-10, to formulate a ADHD diagnosis requires the presence of the three essential symptoms. In fact, it asks for that at least six symptoms of attention deficit, three of hyperactivity and at least one of impulsiveness. On the other hand the DSM-IV TR, claims that as much the expression of difficulties of attention as of

hyperactivity-impulsiveness can produce a positive diagnosis. Version V of the DSM is being elaborated at the moment, whose work group (2009) raises substantial modifications with respect to the previous version.

At the present time, there is a generalized agreement in considering that the fundamental problem of the ADHD is the self-regulation. This supposes to conceive this upheaval like an alteration of the higher cognitive process known like "Executive Function" (Barkley, 1999), under which we denominated those cerebral systems which activate, integrate, coordinate and modulate other cognitive functions. The problem for the affected ones is not the incapacity to maintain attention, to organize a task, to remember what has just happened ... They can get to make all these basic functions under certain conditions. The problem is that the affected ones are not able to activate or to maintain these functions, that sometimes they make well enough, or in many situations in which it is desirable or necessary that they do it. The functions remain intact, but they do not obey effectively to the processing of a superior order. The subject, therefore, is not able to activate, to organize and to use these functions in efficient way; he is unable to connect and to disconnect when it needs, he cannot exert its will in the matter. Also it is every more accepted the dimensional character of these upheavals. The application of the classic steps of the differential diagnosis process about the ADHD could be synthesized of the following way:

- It is necessary to discard as etiology the use of a substance that can as much cause compatible symptomatology with the diagnosis of ADHD, like drugs of the bronchodilators or hydracids group, or like abuse toxics.
- It is also necessary to determine if the symptoms can be due to a medical disease, since many subjects that suffers them offer one more or less partial form a symptomatic expression similar to the one of the ADHD.
- Consequently, it is also essential to establish the border with a non mental disease, since many of the symptoms including in the criteria diag-

noses of the ADHD presents in a variety of medical diseases are not by itself indicative of the presence of the upheaval. Also to determine which of the codified mental diseases describes better the symptomatology.

- It is precise to differentiate between adaptive upheavals, that is to say, characterized by a desadaptative answer before a stress-agent and those whose presence is not explained by the being of this agent.

In accordance with which is exposed until now, we can consider a series of syndromes that can present an own symptomatology of the ADHD, as they can be chromosomic genetic alterations, pathological metabolic processes, infectious processes like the encefalitis or the meningitis, some types of neoplasias or diseases of neurodegenerative character.

Regarding the differential diagnosis in the context of the tímic or behavioural disturbances, four groups can be considered in which one is observed frequents symptomatic similarity with ADHD or great comorbidity:

- Upheavals of anxiety, with respect to which the comorbidity is located around 25%.
- Animic disorder, with a considered comorbidity of 30%.
- Behavior disturbances: the comorbidity is located around 40% of the cases.
- Learning disabilities: its comorbidity with the TDAH is located around the 20%. The difficulty of academic character as a result of the problems in the integration of knowledge is one of the characteristics associated more clearly to the ADHD.

It is a matter to emphasize than the diagnosis is a tool and not an aim, it is an instrument more whenever a case is approached, in the work of understanding what it happens to the patient and what explains better what happens to him. For it, the processes of diagnosis and the instruments that in such are used plays a functional, instrumental role, directed to reduce as far as possible the error interval and to extend so long as possible the options for the professional to understand. Until today, we did

not count on instruments that specifically determine the existence or not of a ADHD. The diagnosis have fundamentally a clinical character and requires an organized exposition that incorporates the particular elements of this type of evaluation. In fact, the resources and instruments that are used so much in the detection, evaluation and in the therapeutic approach of it are not essentially different from that is used for the intervention with other types of infant upheavals. What is different is the organization, the reading of the evolution and results and the priority of the target persecuted. No longer there is a doubt about this like an alteration that need to confront whit different professional specialties and with many actors in the children treatment: parents, teachers, psychologists, psychotherapists, pediatricians, psychopedagogues ... .. A interdisciplinarity that requires the inescapable presence of the coordination between all of them and the devices from which they act. ADHD is a very complex syndrome, with many individual, environmental and familiar repercussions, whose difficulties it is necessary to approach taking them like a part from a totality.

Another important question that we must pay attention to is the function that the diagnosis of the TDAH has in the scholastic, familiar and social context. Many professionals who now receives the demand to attend supposed ADHD cases perceives a clear initial oversignalling of children presumably affected by hyperactivity or attention deficit, that in a high percentage is not confirmed in the clinic. Nevertheless, this usually has important repercussions to the child, not being the minor a strong stigmatization what is not solved by the confirmation or not about the existence of the syndrome after the diagnosis process.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2003). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM IV - TR)*. Washington D.C.
- Barkley, R. A. (1999). *Niños hiperactivos*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Menéndez, I. (2001). TDAH: Clínica y diagnóstico. *Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4, 92-102.
- Miranda, A., Roselló, B., Soriano, M. (1998). *Estudiantes con deficiencias atencionales*. Valencia: Promolibro.
- Miranda, A., Amado, L., Jarque, S. (2001). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Málaga: Aljibe.
- Newcorn, J.H., Halperin, J.M. (2003). TDAH con negativismo y agresividad. En Brown, T. E. (ed.), *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson.
- Organización Mundial de la Salud (1995). *Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Ginebra: OMS.
- Spencer, T., Wilens, T., Biederman, J., Wozniak, J., Harding, M. (2003). TDAH con trastornos del estado de ánimo. En Brown, T. E. (ed.), *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson.
- Tannock, R. (2003). TDAH con trastornos de ansiedad. En Brown, T. E. (ed.), *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson.

Manuscrito recibido: 20/10/2009

Revisión recibida: 10/11/2009

Manuscrito aceptado: 13/11/2009