

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: Describiendo un trastorno de la Niñez, la adolescencia y la adultez

Alex Eduardo Calderón Rodríguez*

*Sociedad Universitaria de Neurociencias
Universidad Nacional Autónoma de Honduras*

Resumen

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es una condición neurobiológica común tanto en niños como en adolescentes pero sus manifestaciones disminuyen al ir entrando a la adultez pero no desaparece ya que es un trastorno que solo se controla pero no se cura. Es considerada como una de las causas más frecuentes en la consulta neuropediatría y psiquiátrica y se caracteriza por un cuadro clínico que consiste de hiperactividad, impulsividad y desatención. Por lo tanto el objetivo de esta revisión es precisar las manifestaciones del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en sus diferentes etapas de la vida para determinar un diagnóstico preciso en los individuos afectados. Este trabajo también pretende brindar información acerca de la alta comorbilidad de este trastorno con otras condiciones tales como los trastornos de aprendizaje, el trastorno posicional desafiante, trastornos de conducta, ansiedad, depresión, desorden afectivo bipolar, el síndrome de Gilles de la Tourette, comportamiento antisocial, uso de sustancias, entre otros ya que resulta difícil realizar un diagnóstico preciso y por ende un tratamiento oportuno. Es necesario tomar en cuenta que el tratamiento multidisciplinario que consiste de educación a padres, técnicas para manejo de conducta, programas académicos y apoyo de conducta y fármacos tales como el bupropion y antidepresivos tricíclicos para los estados comorbidos y otros como el metilfenidato para inhibir efectos externos que son las causas de la distractibilidad.

Palabras clave: trastorno por déficit de atención, hiperactividad, impulsividad, desatención, comorbilidad, bupropion, antidepresivos tricíclicos, metilfenidato

Introducción

Los trastornos de atención e hiperactividad en niños, fueron descritos desde finales del siglo XIX y se han denominado de diferentes maneras entre ellas: "daño cerebral mínimo", "síndrome del niño hiperactivo", "dislexia", "disfunción cerebral mínima". Actualmente se siguen utilizando dichos términos y más aun se han englobado bajo el Síndrome de Atención Deficitaria (SAD), asociados o no a la presencia de hiperactividad. Entonces podemos decir que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA/H) es el trastorno neuropsiquiátrico infantil más común que se caracteriza por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad que incide negativamente en el desempeño académico, cognoscitivo y social de quien lo padece. Este trastorno crónico sintomáticamente evolutivo se manifiesta antes de los siete años de edad, no remite en forma espontánea y se hace más evidente con el aumento de la exigencia académica y social^{1,2,3,4,5,6}.

En relación al género, históricamente se consideró al TDA/H un trastorno masculino y que eran los únicos que podrían manifestar dicha condición. Esta hipótesis fue confirmada por los reportes de los estudios que involucraban diferentes tipos de muestras con TDA/H. La proporción de niños afectados varía desde 2:1 hasta 9:1 respecto a niñas, según la mayoría de los

autores, sin embargo algunos informes han encontrado una relación inversa de 1.5:2 hasta 3:5; así como otros estudios, nos demuestran relaciones de 1:2 a 1:10 (niñas: niños) indicando una mayor prevalencia en varones que en hembras^{5,6,7}.

Estos niños continúan con los síntomas hasta la adultez, y pueden tener problemas en todo su entorno social como en el trabajo y en el hogar. Estos problemas no mejorarán a menos que reciban tratamiento⁸.

Epidemiología del TDAH

El TDAH ha sido considerado durante mucho tiempo como un trastorno propio de la infancia, que desaparecía o se atenuaba al llegar la adolescencia. En los últimos años, ha comenzado a ser reconocido como un trastorno que persiste en la adultez y los estudios epidemiológicos muestran una prevalencia del 4.4 %⁹, otros estudios demuestran valores de 1%⁵ y 3%² teniendo en cuenta variaciones en aspectos tales como la edad, la región y las características sociales. Estos índices nos indican que podría haber serios problemas en el "desarrollo personal", "social", "académico" y "laboral". Aproximadamente 50%¹⁰ de los casos que son diagnosticados en la niñez o en la adolescencia, las manifestaciones clínicas persisten en la adultez ya sea con "mayor o menor gravedad", esto puede provocar problemas en el funcionamiento de diversas actividades; tales como, "las relaciones sociales", "en el ámbito laboral", "vocacional o

*Estudiante de V año de Medicina y Cirugía General, Facultad de Ciencias Médicas

académico". En relación a los jóvenes alrededor del 50%¹¹ de los estudiantes, tienden a retirarse de los estudios universitarios y como es de esperarse no los terminan. Estudios demuestran que la incidencia de "abandono", es más prevalente en los primeros dos años de universidad y se presenta mucho más en el primero año debido a ese cambio de la secundaria a educación superior. Los adultos tienden a presentar valores de comorbilidad entre 60–70%¹² siendo los trastornos más prevalentes como la actitud opositora desafiante (33%), las alteraciones de la conducta (25%), la ansiedad (25%), la depresión (22%) y los problemas de aprendizaje (22%)¹³.

El género es uno de los principales factores que se toman en cuenta al realizar estudios epidemiológicos sobre TDA/H, ya que dicho factor afecta la expresión de los síntomas en la mayoría de los trastornos mentales^{2,5,7}.

Características del TDAH

El TDA/H es una condición neurobiológica considerada como el problema más frecuente en la neurología del desarrollo y una de las principales causas de consulta neuropsiquiátrica. El paciente manifiesta un cuadro clínico característico de hiperactividad, impulsividad y desatención pudiendo manifestar estos indicadores conductuales desde los 3 años de edad; por lo tanto, se consideran tres subtipos de TDA/H: con predominio de déficit de atención, con predominio hiperactivo/impulsivo y el subtipo combinado que es el más común e incluye los dos anteriores. En la actualidad se tiende a considerar el TAD/H, más como un trastorno de inconsistencia que como discapacidad. Es de suma importancia evaluar los logros intelectuales, emocionales y el funcionamiento cotidiano de niños, adolescentes y adultos comprometidos por este trastorno^{3,4,6,8,14,15,16}.

Los niños y adolescentes por lo general presentan una deficiente atención mantenida, o una persistencia al realizar sus tareas, esto los lleva a realizar un gran esfuerzo para poder conservar la atención; por lo tanto, se les dificulta mantenerse concentrados el mismo tiempo en comparación con otros de la misma edad. Estas manifestaciones las podemos observar al indicarles que realicen actividades que no llaman la atención para ellos. Por lo general manifiestan que "están agotados" o "aburridos" en tales casos dejan de hacer lo que estaban haciendo o cambian a otra actividad trayendo como consecuencia que no realicen ninguna de las dos. En el otro extremo cuando realizan tareas que les son atractivos se distraen fácilmente gracias a los diferentes estímulos a su alrededor; por lo tanto, no tienen la capacidad de terminar lo que estaban haciendo. Las personas adultas realizan movimientos excesivos y obviamente innecesarios para hacer sus actividades haciéndolos parecer inquietos o incansables. Los ejemplos de los movimientos; son tales como, "mover los pies y las piernas", "dar golpecitos a las cosas", "balancearse mientras están sentados", o "cambiar de postura o posición con frecuencia" al realizar sus actividades. Estos movimientos suelen

ser más notorios cuando realizan actividades que les parecen aburridas o cuando tienen que esperar por algo sin hacer nada más que esperar. Los niños suelen correr de "pared a pared" en una habitación, subirse a "muebles o mesas", "tocar objetos que no deben de tocar", etc. Estas manifestaciones suelen ir desapareciendo con la edad. En comparación con niños, adolescentes y adultos que no presentan TDAH estos suelen ser más incansables e hiperactivos. En los adultos podríamos decir que estas manifestaciones son subjetivas que más observables, aunque algunos adultos dicen que sienten la necesidad de estar todo el tiempo "ocupados", "haciendo algo", e "incapaces de estar sentados tranquilamente"¹⁴.

En relación al género y la presencia de los síntomas, diversos estudios que comparan varones y hembras con un diagnóstico de TDA/H, demuestran que los varones son más hiperactivos y presentan mayor cantidad de problemas de conducta que las hembras con el mismo diagnóstico. Los niños que presentan TDA/H están siempre en movimiento y se caracterizan, además, por ser agotadores, demandantes, arriesgados y, por demás, desobedientes. Presentan un riesgo mayor que sus padres de tener dificultades de comportamiento, sociales, familiares y académicas. Los niños que no reciben tratamiento pueden presentar diversos problemas como el fracaso escolar, problemas de relaciones sociales, problemas de conducta, baja autoestima y abuso de alcohol y drogas. Estudios en adultos muestran que los afectados con TDA/H consumen el doble que aquellos sin el trastorno siendo así que las drogas más utilizadas son alcohol, tabaco, marihuana y cocaína^{3,7,8,16,17}.

Posibles causas del TDA/H

Es probable que exista algún tipo de disfunción cerebral a nivel del área frontal y límbica del cerebro, así como con respecto a neurotransmisores norepinefrina, dopamina y acetilcolina. Las complicaciones que se manifiestan durante el embarazo y el nacimiento se vinculan solo de forma débil con el TDA/H. Existen investigaciones que nos indican que un alto porcentaje de los pacientes estudiados con TDA/H tenían familiares con antecedentes de dicho trastorno. Actualmente existe un mayor número de pruebas que nos indican que alrededor del 80%¹⁷ de TDA/H sería determinado genéticamente; entonces podemos decir que esta podría ser la causa etiológica más probable para desarrollar dicha condición^{1,18}.

TDA/H asociado a otras enfermedades

El TDA/H es altamente comórbido (presencia de dos o más trastornos en un mismo individuo) y ha habido controversia si es un trastorno primario o secundario a otros síndromes. El TDA/H puede coexistir con diversos trastornos que potencializan las dificultades de estos pacientes y que, en ocasiones, dificultan tanto el diagnóstico adecuado como la terapéutica, se pueden mencionar: trastornos de aprendizaje, el trastorno oposicional

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: Describiendo un trastorno de la niñez, la adolescencia y la adultez

desafiante, trastornos de conducta, ansiedad, depresión, desorden afectivo bipolar, el síndrome de Gilles de la Tourette, comportamiento antisocial, uso de sustancias, conducción de vehículos con psicopatología asociada, entre otros^{3,5,16}.

Criterios a tomar en cuenta para diagnosticar TDAH

Es un proceso controvertido, que puede estar condicionado por el sistema de clasificación diagnóstico, por el instrumento de medida a utilizar, por la población que escoja y por el tipo de información obtenida. Este se encuentra en las manos de psiquiatras, pediatras, neurólogos, psicólogos, médicos generales, trabajadores sociales clínicos, enfermeras y otros. El diagnóstico de TDA/H se basa en los criterios clínicos y se ha convertido en un diagnóstico de exclusión porque dificulta obtener la colaboración necesaria de los padres y de los profesores. Por lo tanto se debe hacer uso de cuestionarios estandarizados para padres y profesores (cuestionario de Conners, Cap, SNAP, cuestionario-escala de Barkley) si en todo caso se obtuviese ayuda por parte de ellos ya que muchas veces esto se considera casi imposible. Actualmente el criterio diagnóstico ha sido establecido por la Asociación Americana de Psiquiatría en su manual de estadística y diagnóstico, (DSM IV) e incluye una serie de preguntas que se aplican a padres y maestros, sobre la conducta del paciente. En concreto se puede diagnosticar el TDA con alteraciones importantes de la atención, conducta hiperactiva o no, los cuales se consideran dentro de los criterios establecidos en las normas del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). La clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) lo considera dentro de la categoría del trastorno del comportamiento y de las emociones que comienza por lo general en la infancia y la adolescencia. La anterior mencionada propone pautas para el diagnóstico relacionadas con el comportamiento y la atención del paciente. Finalmente el diagnóstico precoz y oportuno de este trastorno y de las implicaciones que conlleva en la conducta de los niños, nos dará la pauta para tomar medidas correctivas de tipo médico y pedagógico que mejore de manera positiva el rendimiento escolar, la capacidad de interrelación de los niños y en general su comportamiento.^{1, 5, 8, 16, 17, 18, 19}

Tratamiento del TDA/H

Podemos decir entonces que no existe una cura específica para el TDA/H pero si existe tratamiento denominado multidisciplinario o "multimodal" que incluye educación a padres, medicamentos, técnicas para manejo de conducta, programas académicos y apoyo de conducta. Existe la preocupación de que la farmacoterapia con estimulantes pueda elevar el riesgo de consumo de cigarrillo; por otro lado, personas con TDA/H no medicadas pueden recurrir a la nicotina para mejorar sus síntomas atencionales aunque se han realizado estudios que revelan que aquellos tratados farmacológicamente el consumo de cigarrillo fue menor que en los que no fueron tratados,

descartando la hipótesis del consumo de cigarrillo inducido por farmacoterapia. Medicamentos como el bupropion y los antidepresivos tricíclicos se consideran los fármacos de primera elección para el tratamiento de la comorbilidad de TDA/H con abuso de sustancias en niños y adolescentes. Estudios indican que el tratamiento con metilfenidato también ha sido considerado durante muchos años como una buena opción para pacientes con dicho trastorno. El metilfenidato estimula las áreas de concentración y atención produciendo una inhibición de muchos efectos externos, los cuales son la causa de distractibilidad. Los estimulantes son los medicamentos de segunda línea y se consideran eficaces y seguros. Demostrando reducción de los síntomas con disminución o sin incremento del consumo de sustancias. Considerándose que las personas con TDA/H pueden tener vidas productivas y satisfactorias siempre y cuando reciban el tratamiento adecuado^{1, 3, 8, 16}.

Bibliografía

1. Castro Perdomo FE, Carbonell Perdomo DJ. Síndrome de atención deficitaria con hiperactividad. Valoración neuropsiquiátrica y respuesta al tratamiento con metilfenidato. *Archivo Médico de Camagüey* 2003; 7(2) ISSN 1025-0255
2. Talero Gutiérrez C, Espinosa Bode A, Vélez Van Meerbeke A. Trastorno de atención en las escuelas públicas de una localidad de Bogotá: Percepción de los maestros. *Rev. Fac. Med. (Bogotá)* oct.-dic. 2005; 53(4):212-218
3. Martínez Zamora M, Henao López GC, Gómez LA. Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad con los trastornos específicos del aprendizaje/Attention-deficit Hyperactivity Disorder Comorbidity With Specific Learning Disorders. *rev.colomb.psiqiatr.* Oct. 2009; vol.38 suppl.1
4. Martínez Esparza SJ, Remolina Hortua LM, Campo Arias A, MD y col. Prevalencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y niñas con retraso mental de Bucaramanga, Colombia. *MedUNAB* 2004; 7:157-60.
5. Vélez van Meerbeke A, Talero Gutiérrez C, González Reyes R, Ibáñez Pinilla M. Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Bogotá, Colombia/Attention deficit hyperactivity disorder prevalence of school students in Bogotá Colombia. *Acta Neurol Colomb* 2008; 24:6-12.
6. Almeida Montes LG, Ricardo-Garcell J, Prado Alcantara H, Martínez García RB. Alteraciones estructurales encefálicas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: una actualización. Primera y Segunda parte. *Salud Ment.* v.33 n.1 México ene./feb. 2010
7. Montiel-Nava C, Montiel-Barbero I y Peña JA. Presentación clínica del trastorno por déficit de atención-hiperactividad como función del género. *Invest. clín. Maracaibo* dic. 2007; v.48 n.4:459-468.

8. Palacio JD, De la Peña-Olvera F, Palacios-Cruz L, Ortiz-León S. Algoritmo latinoamericano de tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de la vida/Latin American Multimodal Treatment Algorithm for Attention Deficit Hiperactivity Disorder (ADHD) throughout Life. rev. colomb.psiquiater.vol.38 suppl.1 Bogota Oct. 2009.
9. Kessler R, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S. Escala de Auto - Reporte de Síntomas de TDAH en Adultos. ASRS 2005; V1. 1.
10. Ryffel RD.Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en los adultos. Revista ADANA – News N° 1. 2 0 0 3 ; <http://www.feaadah.org/documentos/trastorno%20por%20d%C3%A9ficit%20de%20atenci%C3%B3n%20con%20o%20sin%20hiperactividad%20en%20adultos.pdf>.
11. Campos A. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y los Trastornos del Aprendizaje. Iª Jornada Problemas asociados al TDAH. Barcelona, España. 2003.
12. Weiss M and Weiss J A guide to the treatment of adults With ADHD. Journal of Clinical Psychiatry 2004; 65 (supl. 3):27 – 37.
13. Brown R, Freeman W, Perrin J, Stein M, Amler R, Feldman H. Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. Pediatrics 2001; 107: E43.
14. García Pérez EM. Última actualización sobre TDAH. Psicólogo Consultor Director del Grupo ALBOR-COHS Director del Master en Psicología de la Educación: Asesoramiento, Evaluación e Intervención PsicoEducativa de la Universidad Internacional "Menéndez Pelayo" julio 2009.
15. Urzúa A, Domic M, Cerda A, Ramos M, Quiroz J . Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizados/Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in School Age Children in Antofagasta. Rev Chil Pediatr 2009; 80 (4): 332-338.
16. Holguín Acosta J, Cornejo Ochoa W. Algunas consideraciones sobre comorbilidad del TADH: aspectos clínicos y epidemiológicos/ Some considerations on comorbidity of ADHD: clinical and epidemiological features. Acta Neurol Colomb 2008; 24:S51-S57.
17. Rothhammer P, Carrasco X, Henríquez H, Andrade C, Rothhammer F y col. Bajo riesgo de déficit atencional/hiperactividad en niños Aymaras. Implicancias genéticas, antropológicas y culturales. Chungara,Revista de Antropología Chilena 2005; vol. 37, N° 2. Pag. 145-149.
18. Urzúa A, Domic M, Ramos M, Cerda A, Quiroz J. Propiedades psicométricas de tres escalas de evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en escolares chilenos/Psychometric properties of three rating scales for attention deficit hyperactivity disorder in Chilean students. Rev Panam Salud Publica Washington Mar. 2010; vol.27 no.3
19. Blázquez-Almería G, Joseph-Munné D, Burón-Masó E,Carrillo-González C. y col. Resultados del cribado de la sintomatología del trastorno por déficit de atención con o