

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Ómar Fernando Salazar, M.D. - Psiquiatría Infantil
Ana Carolina Londoño, Médica Residente de 3º Año de Psiquiatría

EDITORIAL

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad ha existido desde tiempos inmemoriales y ha quedado plasmado en múltiples obras de literatura y de arte, que han pasado por nuestras manos y ojos sin que lo enfocáramos desde ese ángulo.

Shakespeare, muestra un Enrique VIII con trastornos de atención en el año 1500. En 1848, el psiquiatra alemán Heinrich Hoffmann, construye un cuento para su hijo que titula “Struwelpeter” (Pedro Melenas), en el que a través de la prosa cotidiana recrea la acción formadora y tolerante del niño inquieto e impulsivo con consejos para su formación normativa.

En 1865, el escritor alemán, Wilhelm Busch, nos deleita con las historias de “Max y Moritz”, por el mismo estilo de Pedro Melenas en lo formativo. En la segunda mitad del siglo XIX, Carlo Collodi, trae desde las campañas italianas las aventuras de un títere llamado “Pinocho”, a quien por su inquietud y mentiras se le crecía la nariz como un castigo pre-programado y donde tácitamente por medio de ese manejo se orientaba a los niños a ser formales y a decir la verdad. Por esa misma época Mark Twain, escribe un cuento llamado “Historia de un niño bueno, historia de un niño malo”, donde por medio de narraciones del comportamiento de Jacob (el bueno) y Jim (el malo), aconseja y enseña el manejo de los dos extremos conductuales. Así, la literatura infantil esta llena de relatos y experiencias de esos pequeños “diablillos”, con consejos para manejarlos.

Cómo llamarlos ha sido el gran problema y al final, cómo tratarlos. Hemos sido testigos de sinonimias como: incapacidad inhibitoria, daño cerebral mínimo, disfunción cerebral mínima, psicópatas inestables, etc., hasta que en 1963 la psiquiatra infantil Stella Chess, decide llamarlo

“Síndrome de Niño Hiperactivo” para orientar hacia la variedad de signos y síntomas que conforman este cuadro clínico y terminar con el enfoque de la Asociación Americana de Psiquiatría que lo incluye en su evolutivo DSM, (Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales) y logra configurar este cuadro clínico como un trastorno y no como un síndrome, definido por tres características en forma individual o mezcladas: inatención, impulsividad e hiperactividad, con definiciones muy claras de cada una, requisitos en edad, sitio de presentación y capacidad de interrupción del entorno, para poder incluirlos en el diagnóstico y enfocar de esa manera su tratamiento.

Para el año 2010, el DSM V, posiblemente incluirá en esa tríada el Trastorno de Oposición Desafiante y el “Sluggish Cognitive Tempo”, que en la actualidad se encuentran en el limbo clasificatorio y que cada día son más frecuentes en los pacientes pediátricos.

La definición del diagnóstico es básico para el enfoque terapéutico y las diferentes ayudas que un niño, un adolescente o un adulto necesitan, y también son fundamentales para su rol social, antes de maltratarlos con medidas antisociales y dejar de brindar una oportunidad valiosa para sus futuros.

Santiago S. Cruz-Zamorano
Neurólogo Infantil.

¿QUÉ ES EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD?

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el trastorno del neuro-desarrollo más frecuente en el niño, cuyas tres características principales son: la dificultad para enfocar y mantener la *atención*, modular el

nivel de *actividad* y controlar el *comportamiento impulsivo*, y que se traducen en conductas inapropiadas, que no son acordes con la edad y el nivel de desarrollo y que lo afectan en distintos ambientes. Por ejemplo, en la escuela (peleas con compañeros, bajo rendimiento escolar), en la familia (desobediencia a los padres, rivalidad con sus hermanos) y dificultades de socialización con sus pares (aislamiento, intimidación, victimización). Es frecuente que los niños desarrollen problemas de conducta que los hacen difíciles de manejar y estar más expuestos a ser rechazados, y, por tanto presentan baja autoestima.

El TDAH constituye una discapacidad que puede afectar al individuo de por vida, porque es un trastorno que suele persistir en la adultez y disminuir el potencial de desarrollo humano si no se trata de manera adecuada.

Los niños que padecen este trastorno tienen un rendimiento escolar inferior al que les correspondería para su capacidad intelectual; 30 % de estos niños repiten por lo menos un grado escolar, y suelen tener dificultades para cumplir con las pautas, manejarse de forma independiente y responder a los límites que se les pone en el hogar y en la escuela.

La impulsividad que los caracteriza los hace temerarios, con un mayor riesgo de sufrir accidentes al no medir el peligro. Por esta razón reciben más regaños y castigos, y requieren de una mayor supervisión de sus padres y maestros para cumplir con sus obligaciones y realizar cualquier tipo de actividad.

La detección precoz de este problema, en los primeros años escolares permite que se instaure un tratamiento temprano y ayuda a prevenir las complicaciones.

¿QUÉ TAN FRECUENTE ES EL TDAH?

El TDAH afecta a 5% o más de los niños en edad escolar en el mundo, es decir que 1 de cada 20 niños lo padece. Estudios realizados en Colombia encuentran cifras aún mayores, que indican la presencia del TDAH en alrededor de 15% de los niños, las niñas y los adolescentes del país. Es un trastorno más frecuente en hombres que en mujeres en una proporción 3 a 1.

Los niños con TDAH presentan por lo general dificultades para el aprendizaje hasta en 70% de los casos.

A pesar de que en la adolescencia se atenúa la hiperactividad, suele permanecer la impulsividad y el déficit atencional a lo largo de toda la vida en 60% a 80% de los casos. La adolescencia de estos niños suele ser difícil debido a los problemas de conducta que con

frecuencia se asocian con el trastorno y con el bajo rendimiento escolar.

En la vida adulta estos individuos refieren tener muchos problemas interpersonales, inestabilidad laboral y afectiva, con baja tolerancia al estrés debido a los cambios comunes y repetitivos en su estado de ánimo, a sus tendencias a perder el control con facilidad y a las dificultades que tienen para organizarse en sus actividades, que los expone a conductas socialmente inapropiadas, disputas y problemas legales.

Los que llegan a la adultez, sin haber recibido tratamiento, muestran una tasa de abuso de alcohol y drogas que duplica la de la población que no padece el trastorno.

¿QUÉ LO CAUSA Y CÓMO SE CLASIFICA?

Es una entidad altamente heredable y aunque se considera de origen multifactorial, los factores genéticos explican en 80% la causa de la enfermedad. Cuando una persona presenta el trastorno existe 40% de probabilidad que un familiar en primer grado también lo tenga.

Los estudios sobre hermanos gemelos demostraron que cuando uno de ellos tiene el trastorno, la probabilidad de que el otro lo tenga es de 70%.

Las dificultades para mantener la atención, impulsividad e hiperactividad, se presentan en una proporción mayor a la esperable para la edad del niño, y afectan diversas áreas de funcionamiento (escolar, familiar, social); y por lo menos una de ellas debe aparecer antes de los 7 años de edad.

Cabe aclarar que este trastorno puede aparecer en 60% de forma mixta (desatento e hiperactivo-impulsivo), 30% en forma parcial como déficit de atención sin hiperactividad o de “predominio desatento”, y sólo en 10% de los casos sin desatención como trastorno “con predominio de hiperactividad-impulsividad”.

¿CÓMO SE HACE EL DIAGNÓSTICO?

El diagnóstico es clínico; es decir, se basa en la historia clínica y la observación, y no se requieren pruebas de laboratorio ni pruebas psicológicas.

Se requiere la identificación de comportamientos específicos que cumplan los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM IV) (Tabla 1).

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de TDAH

El diagnóstico requiere de evidencia para desatención o hiperactividad e impulsividad o ambos

Desatención:

Hasta seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

- ✓ No pone cuidado en los detalles y comete errores por descuido.
- ✓ Tiene dificultad para mantenerse concentrado.
- ✓ Parece no escuchar cuando se le habla de modo directo.
- ✓ No sigue instrucciones adecuadamente y no termina lo que empieza.
- ✓ Tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- ✓ Evita tareas que requieran de un esfuerzo mental sostenido.
- ✓ Se le pierden cosas necesarias para sus actividades (juguetes, útiles escolares o herramientas).
- ✓ Por estímulos irrelevantes se distrae con facilidad.
- ✓ Es descuidado (olvidadizo) en las actividades diarias.

Hiperactividad e impulsividad:

Quizá seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad e impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

- ✓ Se mueve en exceso o se retuerce en su asiento.
- ✓ Se para en la clase o en otras situaciones en las que debe estar sentado.
- ✓ Corre, salta o escala en exceso.
- ✓ Tiene dificultades con actividades de ocio tranquilas como juegos de mesa.
- ✓ A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
- ✓ Con frecuencia habla en exceso.
- ✓ Da respuestas precipitadas antes que terminen la pregunta.
- ✓ Es muy impaciente y tiene dificultades para esperar su turno.
- ✓ Interrumpe a menudo o se entromete (p. ej. en conversaciones o juegos).

Los síntomas que causan dificultades:

- Figuran antes de los 7 años de edad.
- Están presentes en dos o más entornos (casa, colegio, trabajo)
- No ocurren en forma exclusiva durante el curso de un trastorno de comportamiento generalizado, esquizofrenia u otro desorden psicótico.

Los síntomas no son más característicos de otro disturbo mental (por ejemplo, un trastorno de ánimo o un trastorno de ansiedad).

Los criterios se adaptaron del Manual Diagnóstico y Estadístico Enfermedades Mentales, 4ª edición, revisada.

La evidencia de los síntomas se obtiene directamente del niño, los padres, y los profesores. Hay diversas escalas para cuantificar la intensidad y la frecuencia de las conductas problemáticas en distintos ámbitos; entre la más utilizada se encuentra la escala de Conners para padres y maestros (CPRS y CTRS), estos cuestionarios se han hecho con la finalidad de tener una apreciación más amplia de la conducta y medir parámetros distintos a los del DSM IV, al comparar los comportamientos en el hogar, el colegio y las relaciones interpersonales del niño con las de sus compañeros de clase.

Aproximadamente en 65% de los casos el TDAH se suele acompañar de otras condiciones patológicas como: trastorno de la conducta y del aprendizaje, depresión, ansiedad, tics, entre otros; por esta razón se requiere ser más acuciosos para evaluar al niño y guiar el diagnóstico y manejo de la enfermedad.

Como no hay hallazgos físicos que sirvan de diagnóstico para el TDAH, no se solicitan exámenes de laboratorio de rutina. Las pruebas neuropsicológicas que permiten evaluar la inteligencia y las discapacidades específicas de aprendizaje pueden esclarecer el diagnóstico y ayudar con la planificación en reorganizar los servicios escolares.

¿CÚAL ES EL TRATAMIENTO?

Para cumplir el manejo hay que trabajar en equipo con el paciente, el médico, los padres, los profesores y otros terapeutas. Hasta la actualidad el tratamiento que ha demostrado una mayor respuesta es la medicación estimulante. En las últimas décadas se han llevado a cabo más de 170 estudios con este tipo de medicación sobre más de 6.000 pacientes en edad escolar, que certifican su eficacia y seguridad.

Las mismas son efectivas en 70% de los casos y sus resultados se pueden apreciar a los pocos días de comenzar el tratamiento, pues mejoran la atención, y disminuyen la impulsividad y la hiperactividad, pero sin provocar sedación ni acostumbamiento porque no son sedantes (Figura 1).

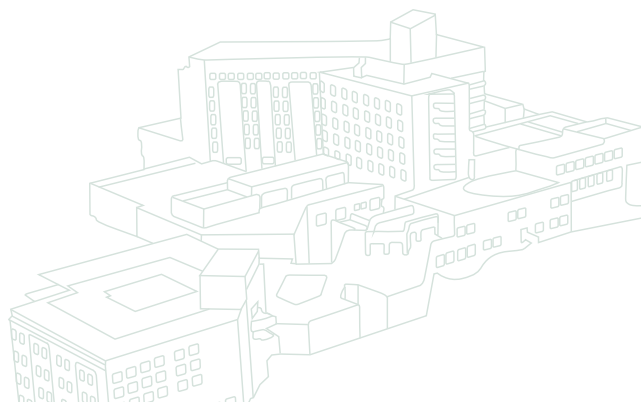
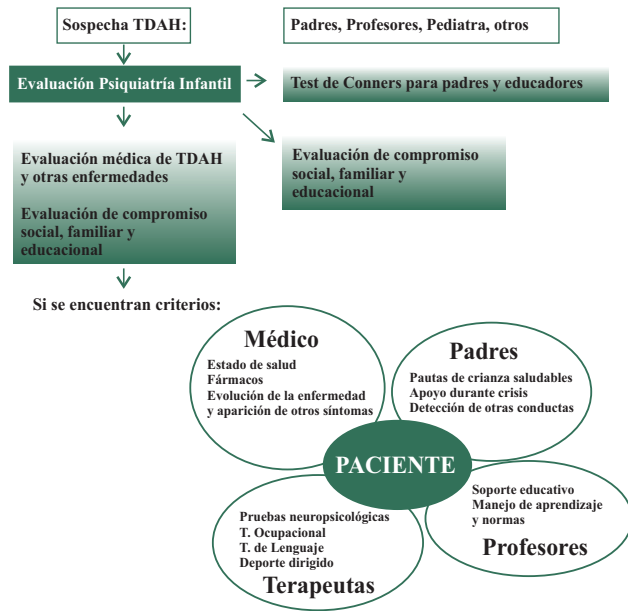


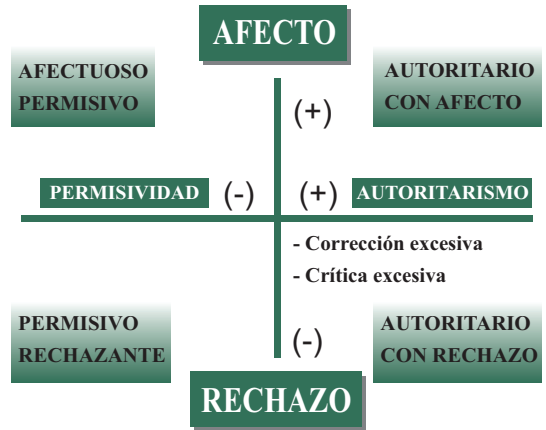
Figura1. Algoritmo de manejo para TDAH



El tratamiento del paciente con TDAH se centra en el control de los síntomas (que varían en función de su desarrollo) en el salón de clase, las relaciones interpersonales, y en la transición a la vida adulta. La terapia se guía en la medida que se logren resultados en los objetivos, como disminuir el número de llamadas de atención en una semana, la cantidad de tiempo dedicado a las tareas escolares, o las participaciones sin interrupción en otras actividades.

Es de vital importancia estimular las conductas positivas, el entrenamiento de los padres en el uso de recompensas y castigos, y la modificación del entorno físico y social para el cambio del comportamiento del niño, así como la estructuración de la rutina diaria. Según la medida en que el niño sienta aceptación o rechazo, estímulo o crítica, va a determinar en gran medida su autoestima y sus posibilidades de desarrollar habilidades que le permitan compensar sus problemas. Es decir, ejercer la autoridad sobre el niño sin socavar su autoestima, pero ser al mismo tiempo firme y cariñoso (Figura 2).

Figura2. Enseñanza de los padres sobre pautas de crianza



Debido a que 30% de los niños con déficit atencional con hiperactividad, presentan también trastornos del aprendizaje, puede ser necesario llevar a cabo tratamientos reeducativos psicopedagógicos, terapia ocupacional, fonoaudiológica y hacer que el deporte lo dirija un profesor como una medida lúdica que le permita al niño mejorar en su atención y su comportamiento.

Dentro de los fármacos más usados está: el metilfenidato (ritalina) y la atomoxetina (strattera).

PREVENCIÓN Y RECOMENDACIONES

Las investigaciones hasta la fecha han demostrado que ni las técnicas de crianza, ni los conflictos emocionales del niño o de sus padres son responsables de la causa del TDAH, que tiene una base biológica y no psicológica. Por tanto, no es culpa del niño ni de sus padres el mal comportamiento y el desempeño. Como muchas otras condiciones, este trastorno debe recibir una atención temprana y oportuna que le permita al niño mejorar su calidad de vida y evitar dificultades futuras.

Promover un entorno familiar y social más favorable, conduce a que el niño o el adolescente con TDAH aprovechen sus condiciones positivas, como: extroversión, simpatía, aptitudes artísticas, creatividad, entre otras, para enfocarlos a actividades que les permitan su realización.

Comité Editorial:

- Dr. Martín Wartenberg
- Dr. Paulo José Llinás
- Dra. Marisol Badiel
- Dra. Sonia Jiménez Suárez
- Dra. Yuri Takeuchi
- Dr. Jaime Orrego
- Dr. Carlos Alberto Cañas
- Dra. Karen Feriz
- Dra. Diana Prieto
- Dr. Jorge Madrián
- Dr. Carlos Serrano Reyes
- Enfermera Ma. Elena Mosquera
- Dr. Pablo Barreto

Los conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas. Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Valle del Lili - Cr. 98 # 18-49 - Tel.: 331 9090 - Fax: 331 7499 - Santiago de Cali
e-mail: cartadelasalud@fvvl.org

Esta publicación de 30.000 ejemplares, es cortesía de



EL PAÍS
El Diario de nuestra gente

FUNDACIÓN VALLE DEL LILI
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

FUNDACION AYUDEMOS
ALICE ECHAVARRIA DE GARCES