

Dra. Moreno. UADO. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

A) TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se define clínicamente por niveles anormalmente altos de falta de atención, exceso de actividad y conducta impulsiva.

Definición general del TDAH.

Se trata de un trastorno frecuente, que puede ser muy severo, y que se encuentra íntimamente relacionado con el desarrollo del niño. Su origen es desconocido, pero se conocen influencias genéticas y ambientales. Presenta además una frecuente coincidencia con alteraciones cerebrales más o menos generalizadas que hacen pensar en una alteración orgánica específica aunque desconocida por el momento.

Su inicio puede ser detectado desde los dos a los siete años, adquiriendo una influencia relevante sobre el desarrollo del niño. La evolución desafortunada de este trastorno puede conducir al fracaso escolar, así como a alteraciones en la personalidad del sujeto, en concreto rasgos antisociales que deterioran considerablemente la calidad de vida de la persona y de cuantos le rodean.

La conducta impulsiva ha tomado una especial relevancia sobre todo en los últimos años, en los que las teorías patogénicas le otorgan un papel central en el desarrollo de este trastorno. Así, la impulsividad ha sido estudiada en detalle, tanto desde un punto de vista patogénico, como desde el desarrollo del sujeto, además de ser muy valoradas las implicaciones terapéuticas que debemos tener en cuenta.

En cuanto a la epidemiología del trastorno, la prevalencia de vida estimada en los Estados Unidos se encuentra en torno al 5%, mientras que en Europa ésta disminuye al 1%. Estos datos son a todas luces controvertidos, pero la diferencia se explica fundamentalmente por las diferencias en criterios diagnósticos aplicados.

Este trastorno es más frecuente en varones que en mujeres, en una proporción que varía según los estudios entre 2:1 y 5:1. Parece que las niñas son menos vulnerables a este trastorno, pero que cuando lo padecen presentan alteraciones más graves en el desarrollo cerebral. Sin embargo, una vez diagnosticado el trastorno, el curso evolutivo, por ejemplo en lo referente a trastornos de conducta, es muy similar en ambos grupos.

Clínicamente durante mucho tiempo se ha asumido que el trastorno fundamental del TDAH era la falta de atención, y la hiperactividad y la impulsividad han sido tratados frecuentemente como epifenómenos que, sin

embargo cuesta mucho separar del déficit de atención en la práctica. Sin embargo, el estudio del desarrollo nos muestra que la adquisición de las capacidades atencionales en el niño se imbrica de manera natural con el desarrollo de la conducta de control.

***Hiperactividad.**

Este término implica exceso de movimientos. La dificultad de su empleo viene dada por lo complicado que resulta fijar un punto de corte para el exceso de actividad. Concretamente, se utiliza para referirse a una mayor velocidad en el desempeño de las actividades normales, a un aumento en el número de pequeños movimientos paralelos y no relacionados con la tarea principal, o a un aumento excesivo del movimiento corporal total. Quizás el niño no se mueva más que los demás, pero resulta llamativa su incapacidad para suprimir su actividad cuando se le pide. No parece que este rasgo sea secundario al déficit de atención, ya que se produce aun cuando el niño está dormido.

***Déficit de atención.**

Su definición habitual viene dada por una serie de rasgos cognitivos y conductuales consistentes en una limitada capacidad del niño para mantenerse realizando tareas impuestas por los adultos, mientras que su conducta espontánea consiste en el cambio rápido y constante de una actividad a otra distrayéndose con elementos irrelevantes del entorno, con un apreciable deterioro de su capacidad de organizar tareas y de evitar errores al llevarlas a cabo.

El **diagnóstico** del TDAH debe incluir una entrevista a los padres, tomando nota del desarrollo del niño y de los múltiples factores que han sido implicados en la etiología del trastorno. Resulta especialmente importante recoger, por sus implicaciones en la evolución y el tratamiento, el estilo de afrontamiento de la familia ante este problema, y el funcionamiento familiar que se está dando en consecuencia. Ciertas escalas, como la *Conners Parent Rating Scale* (Escala de Conners para padres, de 93 ítems) permiten que los padres informen de los síntomas de su hijo de una forma reglada. La entrevista con el niño debe incidir en su propio testimonio acerca de su adaptación escolar y social más que en el interrogatorio directo acerca de los síntomas, y debe explorar la posibilidad de problemas emocionales sobreañadidos. La observación conductual durante la entrevista resulta importante aunque convenga tener en cuenta que algunos niños cambian su conducta momentáneamente en presencia de un profesional.

Resulta interesante completar y contrastar la información obtenida con el punto de vista de los educadores o profesores del niño, para los cuales existen otras escalas disponibles, que aportan información complementaria necesaria para el diagnóstico y que más adelante deberán involucrarse en el abordaje terapéutico.

Es conveniente la realización de pruebas psicométricas, como un estudio de cociente intelectual (CI), y el examen físico, en el que deben

buscarse específicamente estigmas de síndromes congénitos y posibles alteraciones sensoriales, así como el desarrollo de capacidades motoras finas o tics. La realización de pruebas complementarias quedaría supeditada a la necesidad de confirmar un diagnóstico de sospecha para descartar otra patología.

Los manuales CIE-10 y DSM-IV disponen de una serie de criterios diagnósticos con ejemplos concretos de los rasgos antes definidos, aunque con algunas divergencias entre ellas.

B) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y PATOLOGÍA ASOCIADA

El diagnóstico es clínico, aunque determinados test psicométricos y exploraciones complementarias pueden ser útiles para apoyar el mismo.

Hay que descartar otras patologías de índole médica, psiquiátrica o neurológica que puedan tener una sintomatología similar al THDA.

La anamnesis obtenida en presencia de los dos padres nos ayudará a obtener la apreciación que cada uno tiene del problema y en que grado está afectando el mismo a nivel social y escolar.

En la exploración del niño, no debemos olvidar la observación de su comportamiento durante la consulta. Debemos recordar que el niño hiperactivo puede mostrarse momentáneamente tranquilo al encontrarse en ambientes distintos del propio. La exploración física debe ser realizada; la detección de rasgos dismórficos o trastornos cutáneos han aportado con frecuencia un diagnóstico diferente (Ej. síndrome de X Frágil); el examen oftalmológico y auditivo es básico para descartar una patología de base diferente.

Las pruebas neurorradiológicas y los potenciales evocados endógenos, especialmente la onda P300, son exámenes que están aportando gran información para el conocimiento de las bases fisiopatológicas del THDA.

Hasta un 60% de los niños muestran patología psiquiátrica asociada al THDA. Un 10-20% de los niños asocian problemas emocionales, principalmente ansiedad y depresión. Hasta un 40% de los mismos muestran un trastorno negativista y desafiante. En la adolescencia, la presencia de una conducta disocial se observa hasta en el 50% de los casos.

Observamos también con frecuencia la asociación a dispraxia de la motricidad fina o gruesa, enuresis, dificultades del aprendizaje etc. La asociación de este trastorno con la presencia de tics, e incluso en forma del trastorno de Tourette (7%), es también elevada. Hasta un 50-80% de los pacientes con tics crónicos se asocian a THDA.

Uno de los aspectos más graves y preocupantes para los padres es la mayor frecuencia de abuso de sustancias tóxicas al llegar la adolescencia (16%). Estos pacientes presentan cuatro veces mayor riesgo de sufrir este problema que la población general. Los factores que predicen esta evolución son la coexistencia de patología psiquiátrica, la existencia de familiares con THDA y la falta de cumplimiento terapéutico del paciente.

Un 40-80% de los niños presentarán THDA en la adolescencia y un 30-70% de los pacientes con THDA serán sintomáticos en la edad adulta. La hiperactividad, tal como se observa en el niño, mejorará; persistirá sin embargo la impulsividad y la impaciencia. En estudios de seguimiento a largo plazo se ha constatado menor nivel académico y socioeconómico en estos pacientes, así como una menor estabilidad emocional, social y familiar, siendo frecuentes los problemas laborales y conyugales.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
2. Taylor E, Sandberg S, Thorley G, Giles S, eds. The epidemiology of childhood hyperactivity. Maudsley monographs nº 33. Oxford: Oxford University Press, 1991.
3. WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines 1992; diagnostic criteria for research 1993. Geneva: WHO, 1993.
4. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: S85-121.
5. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Mickk E, Lapey KA. Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. Psychiatry Res 1994; 53: 13-29.
6. Narbona J. Neurobiología del trastorno de la atención e hiperkinesia en el niño. Rev Neurol 1999; 28: S160-165.
7. Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. Am J Psychiatry 1991; 148: 564-577.
8. Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E, Sonuga EJS, Jensen PS, Cantwell DP. Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. Lancet 1998; 351: 429-433.
9. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, et al. Adult outcome of hyperactive boys. Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 565-576.
10. Elia J, Ambrosini PJ, Rapoport JL. Treatment of attention deficit hyperactivity disorder. N Engl J Med 1999; 340: 780-788.
11. Spencer T, Biederman J, Wilens T, Harding M, O'Donnell D, Griffin S. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 409-432.

12. Gillberg C, Melander H, von Knorring AL, et al. Long term stimulant treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder symptoms: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 857-864.
13. Orjales I. Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. Madrid. Ed. Cepe. 1999.
14. The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 1073-1086.