

Actualidades psiquiátricas

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Francisco de la Peña Olvera¹

¹Clínica de Adolescentes, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”

En el pasado el TDAH recibía otros nombres: disfunción cerebral mínima, hiperquinesia, trastorno hiperquinético, entre otros. El TDAH es una enfermedad crónica, de inicio en la infancia y que en la mayoría de las ocasiones persiste en la adolescencia y en la vida adulta, se caracteriza por una tríada sintomatológica: inatención, hiperactividad e impulsividad que producen deterioro en el funcionamiento familiar, académico, social o laboral.

El TDAH es uno de los problemas de salud mental más frecuente en la población pediátrica, se estima su prevalencia en la población abierta entre el 3% y el 4%, la más elevada corresponde al grupo de niños entre los 6 y los 9 años que es del 8%; la prevalencia en la población adolescente clínica del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) es del 40%. En los Estados Unidos de América (EUA) se ha comprobado que el 20% de los niños, hospitalizados en una unidad psiquiátrica y el 44% de los niños que reciben educación especial cursan con TDAH. En la población abierta la prevalencia la proporción niño-niña es de 3-1.

La clasificación internacional de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) establece los criterios para la integración diagnóstica del TDAH, los que permiten la codificación de tres subtipos, el tipo preferentemente inatento, el tipo preferentemente hiperactivo-impulsivo y el mixto o combinado. Recientemente se han podido encontrar algunas diferencias significativas en las características clínicas de cada subtipo.

En el tipo TDAH combinado los niños presentan mayor frecuencia de diagnósticos de trastorno Desafiant-Oposicionista (TDO) o de Trastorno de Conducta (TC) y manifiestan las más altas tasas de problemas externalizados con base en reportes de padres y maestros, (los problemas externalizados incluyen al TDAH, el TDO y el TC). Los niños con TDAH tanto el preferentemente inatento como el combinado presentan mayor cantidad de síntomas internalizados que niños controles sanos.

La importancia de estudiar la comorbilidad, es decir, la presencia de más de un diagnóstico, en el TDAH, puede permitir entender mejor las características clínicas del padecimiento, su evolución, y las opciones terapéuticas para el mismo. Los artículos de revisión más recientes mencionan que la comorbilidad ha sido reportada preferentemente relacionada con otros padecimientos externalizados, TC y TDO, y más tarde con problemas de agresión y violencia e inclusive tiene una relación muy estrecha con el consumo de drogas y alcohol y algunos compo-

nentes psicosociales, especialmente familiares. Existe un grupo de niños y adolescentes con TDAH asociado a problemas internalizados y sería el de TDAH-Ansiedad-Depresión. Igualmente se reconoce un subgrupo de niños y adolescentes con TDAH asociado al trastorno bipolar (TB), de depresión-hipomanía o euforia, en que se puede demostrar una participación genética fundamental que lo comienza a identificar como un subgrupo independiente.

La edad de inicio es una de las características clínicas en el TDAH y los subtipos del mismo, han recibido también mayor investigación. Son diversas las publicaciones que al considerar el deterioro psicosocial no encuentran el inicio del padecimiento sino después de los siete años. De esta manera prácticamente todos los niños y adolescentes con TDAH preferentemente hiperactivo-impulsivo, sí muestran deterioro social-académico antes de los siete años, no así los del tipo combinado donde el 18% de los niños que cumplen con criterios de TDAH no tienen deterioro social-académico antes de los siete años; entre los niños con TDAH preferentemente inatento el 43% no cumple con criterio de deterioro antes de los siete años.

Se han encontrado también importantes diferencias clínicas en la presentación por género. Las mujeres aunque lo presentan en una menor prevalencia que los hombres, tienen mayor comorbilidad con padecimientos internalizados y peor funcionamiento psicosocial.

Los estudios con imágenes cerebrales han demostrado cambios en el funcionamiento de la glucosa en las áreas de la corteza prefrontal y el estriado. Sin duda se requieren nuevas investigaciones que relacionen el funcionamiento de áreas específicas por subtipos del padecimiento.

El tratamiento de los niños, adolescentes y adultos con TDAH, debe ser multisistémico, es decir, farmacológico y psicosocial, esto último incluye terapias psicopedagógicas, neuropsicológicas, cognitivas, conductuales y familiares entre otras que puedan disminuir los síntomas.

El tratamiento farmacológico de primera línea es el de los estimulantes; en México, sólo se cuenta en el mercado con el metilfenidato (MFD), la dosis recomendada de MFD es de 0.1 a 0.6 mg/kg/día no se recomienda el uso de dosis superiores a los 60 mg/día. El MFD debe administrarse en dosis divididas por la mañana y al medio día, normalmente esta toma debe hacerse en la escuela, y evaluar la respuesta con incrementos

progresivos. La evaluación no cuenta sólo con la apreciación clínica, y el especialista debe ayudarse de los reportes de los maestros y los padres, incluso durante la adolescencia. La impulsividad disminuye y los problemas de conducta relacionados con este trastorno bajan al nivel de la población de niños sin TDAH, la hiperactividad disminuye con dosis promedio de 20 a 30 mg/día. Desde la perspectiva neuropsicológica el MFD mejora la velocidad de respuesta a los problemas matemáticos. Los efectos colaterales son disminución del apetito, insomnio y cefaleas, efectos que normalmente se reducen al disminuir la dosis.

Los padres habitualmente cuestionan dos áreas fundamentales, la de la curación y el del uso continuo del medicamento.

¿Es el TDAH una enfermedad que puede curarse con las medicinas?

Se sabe que el TDAH sí es una enfermedad, que tiene diferentes niveles de severidad, leves y graves y también se sabe que muchos de los síntomas de la enfermedad se controlan con el uso de medicamentos. Este padecimiento disminuye entre el 40% y el 60% de quienes lo padecen desde niño, pero un número muy importante manifiesta los síntomas hasta la vida adulta. La medicina controla, no cura la enfermedad.

¿Es la medicina una droga o una adicción que se va a generar en mi hijo?

La creencia que las medicinas usadas por los psiquiatras sean adictivas y potencialmente causen daños, probablemente se funda en el desconocimiento que tiene la gente de los beneficios de las medicinas y de conceptos equivocados sobre la adicción. La adicción, es un fenómeno que se genera en personas cuando consumen sustancias que alteran su biología, su psicología y su forma general de ver al mundo de forma negativa, les entorpecen su funcionamiento en la escuela, el trabajo o la familia y les generan daños evidentes en su organismo. La adicción a la que nos referimos es la asociada al consumo del alcohol, la marihuana, la cocaína, los inhalantes y otras sustancias similares. Las medicinas que se administran a quienes padecen el TDAH buscan que mejore la atención, disminuya la hiperactividad y la impulsividad y consecuentemente mejore la calidad de vida en la escuela, la calle y la familia. Cuando las medicinas son correctamente administradas los riesgos de automedicación son bajos. Como otras enfermedades crónicas, la necesidad del medicamento puede ser prolongada, por meses o años, sin que esto signifique adicción. Pensar que alguien enfermo con TDAH es adicto a su medicamento, sería tanto como considerar que una persona con diabetes o hipertensión es adicta al medicamento que debe tomar el resto de su vida.

Otras de las medicinas que se utilizan son los antidepresivos tricíclicos, probablemente el más conocido de éstos sea la imipramina que tiene varios nombres comerciales: tofranil, talpramín, etc. Este medicamento ha demostrado ser útil para reducir algunos síntomas del TDAH, sin embargo se considera como segunda elección. Las dosis varían y hay clínicos que utilizan dosis con efecto antidepresivo de 150 mg/día. Con los niños y con los adolescentes se debe tener especial cuidado ya que este grupo de medicamentos provoca otros efectos colaterales: re-

sequedad de boca, estreñimiento, mareos, somnolencia, alteraciones en la conducción cardiaca entre otros, por lo que la monitorización de los mismos es indispensable. Los clínicos más estrictos solicitan una nueva valoración electrocardiográfica antes de cada incremento de la dosis. Tal vez una de las indicaciones para el uso de esta familia de medicinas sea que el niño o el adolescente presenten, aparte del TDAH, otra enfermedad como trastornos de ansiedad o enuresis.

Se han utilizado muchos otros medicamentos, siempre en el plano experimental, y prácticamente ninguno ha resultado mejor que los estimulantes. La clonidina es un agonista presináptico alfa dos adrenérgico, que funciona a través de una regulación hacia abajo en la liberación de norepinefrina en el *locus ceruleus*. Dentro de la psiquiatría ha sido utilizada para tratar los trastornos por tics (TT), la agresividad, los trastornos de conducta, los trastornos del dormir, el trastorno por estrés postraumático, los trastornos del desarrollo y el TDAH; sin embargo la clonidina tiene severos efectos colaterales, siendo la somnolencia el más importante. Existe una nueva familia de medicamentos que se denominan: inhibidores de la recaptura de noradrenalina, nombre que recibe por su actividad en el sistema nervioso central. Algunos de ellos como la reboxetina prometen ser útiles y seguros para su uso en niños y adolescentes, sin embargo su utilización se encuentra aún en un nivel experimental. La venlafaxina inhibe tanto la recaptura de noradrenalina como la de la serotonina y parece ser una opción real para adolescentes y adultos comórbido con TDAH y depresión.

Los reportes de intervenciones psicosociales, en especial la terapia cognoscitivo-conductual y la terapia familiar han resultado de utilidad en el tratamiento de los niños y adolescentes con TDAH, sin embargo el mayor éxito se logra al combinar las intervenciones tanto farmacológicas como psicosociales.

El niño o el adolescente con TDAH es un sujeto normal, padece una enfermedad crónica que, bien controlada, le permite desarrollar de forma convencional sus potencialidades en el área social, académica y familiar. Es una necesidad continua del clínico y del especialista responsable, mantenerse al tanto de los avances en el tratamiento de este padecimiento que tanto daña a quienes lo sufren.

Referencias

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
2. De la Peña F. Nuevas perspectivas clínicas en el trastorno por déficit de atención, Información Clínica, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 9:40-41, 1998.
3. De la Peña F. Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida, Información Clínica, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 7:26-27, 1996.
4. De la Peña F. Justificación para el uso de la venlafaxina en los adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) comórbido con trastorno depresivo mayor (TDM) o trastorno distímico (TD), Información Clínica, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 10:61-62, 1999.