

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un problema de salud pública

Juan Manuel Saucedo García^a

Resumen

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es el síndrome neuroconductual más común en la niñez y puede continuar al través de la adolescencia y la edad adulta. Los síntomas incluyen: dificultad para mantener la atención, hiperactividad y dificultad para controlar la conducta. Su prevalencia es de 5% en la niñez y de 2.5% en la edad adulta. Quienes lo padecen suelen llegar a sufrir, más que quienes no lo experimentan, adversidades de diversos tipos en el área de la salud mental: deficientes logros académicos y ocupacionales, abuso de sustancias, problemas legales, lesiones accidentales, pobres elecciones sobre la salud personal, paternidad precoz, problemas de conducta, ansiedad, depresión, divorcio, conducta suicida, etc.

Los profesionales mejor capacitados para diagnosticar el TDAH son psiquiatras y neurólogos, sobre todo los especializados en el estudio de los menores. El tratamiento que ha mostrado mayor efectividad en casos de mediana y gran gravedad es el empleo de medicamentos (estimulantes y ato-



Foto: Archivo

moxetina en primer término), con mejores resultados cuando se combina con medidas psicosociales.

Por su elevada prevalencia y su impacto a largo plazo se requiere de un enfoque de salud pública en la identificación y tratamiento del TDAH. Dado el número limitado de profesionales de la salud mental en nuestro país, es conveniente que médicos del primer nivel mejoren sus habilidades para diagnosticar y tratar el TDAH.

Palabras clave: trastorno por déficit de atención con hiperactividad, salud pública.

Attention deficit hyperactivity disorder: A public health problem

Abstract

Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) is the most common neurobehavioral childhood syndrome and it may continue throughout adolescence and adulthood. Symptoms include difficulty to maintain attention, hyperactivity and difficulty to control behavior. Its prevalence is 5% in childhood and 2.5% in adulthood. Affected individuals suffer, more than

^aDepartamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. México, DF.

Correspondencia: Dr. Juan Manuel Saucedo García.

Cerro de Chapultepec 48, colonia Romero de Terreros, delegación Coyoacán, México, DF. CP 04310. Tel. 5554 3079.

Correo electrónico: jmsaucedag@yahoo.com.mx.

Recibido: 05/02/2014. Aceptado: 04/07/2014.

those not affected, from multiple mental problems like deficient academic and occupational performance, substance abuse, legal problems, accidental injuries, poor health choices, precocious paternity, divorce, behavioral problems, anxiety, depression, suicidal conduct, etc.

The medical professionals best qualified to diagnose ADHD are psychiatrists and neurologists, especially those specialized in children. The treatment approach that has shown to be more effective in cases of medium to high severity is drug prescription (stimulants or atomoxetine as a first choice), with best results when this is accompanied by psychosocial treatment.

Due to its high prevalence and the long-term impact of having this disorder, the identification and treatment of ADHD requires a public health approach. The limited number of mental health professionals and resources in our country makes it of paramount importance that primary care providers improve their ability to assess and treat ADHD.

Key words: *Attention-deficit hyperactivity disorder, public health.*

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es el síndrome neuroconductual más común en la niñez y puede continuar al través de la adolescencia y la edad adulta. Los síntomas incluyen: dificultad para mantener la atención, hiperactividad y dificultad para controlar la conducta. Su prevalencia conservadoramente se estima es de 5% en la niñez y de 2.5% en la edad adulta¹. Sin embargo, esta prevalencia varía considerablemente por país y región, y también según los criterios diagnósticos empleados.

Contra lo que antes se creía, el TDAH de la niñez no siempre desaparece en la adolescencia ni posteriormente. En el estudio de Milwaukee se encontró que de 49 a 66% de los casos en la niñez persisten en la adultez, y que de 3.3 a 5.3% de los adultos podrían tener TDAH (sin incluir casos nuevos por lesiones neurológicas)². Otro estudio más reciente, prospectivo y con criterios diagnósticos más estrictos, encontró que 29% de hombres y mujeres que habían sido diagnosticados como portadores de TDAH cuando niños persistían con el diagnóstico en la edad adulta. Quienes ya no reunían los criterios de TDAH, sin embargo, tenían 2.8 más posibilidades que los del grupo de comparación de

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es el síndrome neuroconductual más común en la niñez y puede continuar al través de la adolescencia y la edad adulta. Los síntomas incluyen: dificultad para mantener la atención, hiperactividad y dificultad para controlar la conducta. Su prevalencia conservadoramente se estima es de 5% en la niñez y de 2.5% en la edad adulta.

presentar uno o más trastornos psiquiátricos (RM 2.8), y 57% tenían algún diagnóstico psiquiátrico³. En otras palabras, sólo una minoría de niños con TDAH llegan a la edad adulta sin sufrir serias consecuencias adversas, por lo cual es necesario que el sistema de salud esté preparado para proporcionar atención apropiada a los adultos con TDAH.

Actualmente se considera que la prevalencia mundial del TDAH es de alrededor de 5.3%, con niveles más altos en el mundo desarrollado⁴. Recientemente, estimaciones más rigurosas realizadas en los Estados Unidos sugieren que de 9 a 11% de los niños de 5 a 13 años de edad⁵ y 8.7% de los adolescentes de 13 a 17 años reúnen los criterios para TDAH⁶, datos compatibles con lo reportado por los Centers for Disease Control and Prevention⁷. Aunque tales cifras parecen elevadas, sugieren que el TDAH es una condición altamente prevalente. Se estima que su prevalencia en la comunidad es de 9 a 11%. También se sabe que en ese país 70% de los niños y adolescentes con este trastorno reciben tratamiento medicamentoso. Cabe aclarar que aunque no todo niño o adolescente con TDAH requiere de fármacos, sí existe un patrón de tratamiento insuficiente⁸.

Datos derivados del censo de 2010 del INEGI informan que en México existen aproximadamente 42.5 millones de niños y adolescentes (individuos de 0 a 19 años de edad), por lo cual con una visión conservadora 1.5 millones podrían presentar TDAH⁹. Y se sabe que 30% de quienes acuden a servicios de psiquiatría infantil lo hacen por sufrir este síndrome¹⁰.

Cuando el TDAH persiste en la edad adulta (lo cual ocurre en un tercio de los niños afectados, por lo que se puede afirmar que se trata de un trastorno crónico)³ presenta una evolución adversa en el área de la salud mental, si se comparan los casos con controles sin el trastorno: hay mayor dependencia/abuso de alcohol, trastorno antisocial de personalidad, dependencia/abuso a otras sustancias, episodios hipomaniacos, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo; hay además más deficiencias en los logros académicos, menos éxito ocupacional, abuso de sustancias, problemas legales y lesiones accidentales¹¹. En los Estados Unidos 80% de los niños con TDAH no llegan a la universidad, debido al impacto del trastorno en la funcionalidad educativa. También presentan mayores tasas de divorcio, peores elecciones sobre la salud personal y paternidad más precoz. En adultos se observa que se produce más deterioro que en otros trastornos psiquiátricos habituales observados en la consulta ambulatoria. Sólo una minoría de niños con TDAH llega a la edad adulta sin sufrir adversidades serias, lo cual sugiere que el tratamiento del TDAH en la niñez está lejos de ser óptimo^{12,13}.

Es común que cuando un niño presenta TDAH otro miembro de su familia también lo tenga, muchas veces alguno de sus progenitores, lo cual complica la dinámica familiar. Y dado lo difícil que resulta controlar la conducta de un niño hiperactivo, frecuentemente sus cuidadores recurren a castigos físicos que inciden negativamente en la evolución del trastorno y lo complican¹⁴. De ahí la necesidad de que médicos de primer contacto y otros profesionales proporcionen a los padres y maestros información correcta sobre la naturaleza y tratamiento del TDAH¹⁵. Un punto fundamental consiste en aclarar los mitos contra el empleo de medicamentos estimulantes, cuya utilidad como recurso terapéutico de primera línea está suficientemente demostrada.

Por eso son recomendables las intervenciones tempranas en términos de costo-efectividad. Los menores con TDAH tienen muchas más posibilidades de cometer actividades criminales. También hay datos sobre el mercado laboral para los adultos con TDAH que sugieren que el empleo se reduce de 10 a 14%, los ingresos bajan en un tercio y la asistencia

social aumenta en 15% en adultos diagnosticados con TDAH cuando eran niños¹⁶.

Se sabe que los niveles elevados de criminalidad asociados al TDAH disminuyen con el empleo de medicamentos, los estimulantes en primer término. La adherencia a un régimen de tratamiento adecuado puede impactar significativamente en el pronóstico a largo plazo y prevenir problemas mayores¹⁷. Esto hace más lamentable que por falsas creencias muchos padres de menores con TDAH y no pocos profesionales de la salud eviten la utilización de estimulantes y fármacos de otro tipo.

Cada vez se conoce más sobre el origen de este trastorno. El TDAH, al igual que muchas enfermedades, resulta de una combinación de factores, el principal de ellos la base genética. Estudios recientes muestran que también existen elementos tardíos que pueden desencadenar este trastorno del que generalmente se cree se trata de una enfermedad propia de la niñez. Hay factores genéticos que emergen durante la transición de la niñez a la adolescencia y de ésta a la edad adulta, lo cual sugiere que el TDAH es un fenotipo complejo del desarrollo caracterizado por continuidad y cambio de las influencias genéticas al través del ciclo de vida¹⁸.

Estudios de imágenes muestran asociaciones del TDAH con tamaño reducido del cerebro, cambios volumétricos desproporcionados (por ejemplo, en áreas frontales y caudadas), y perfusión reducida de áreas cerebrales durante la realización de funciones inhibitorias. Estos cambios son confiables, aunque pequeños, pero también pueden estar presentes en sujetos normales. Ninguno de estos datos proporciona una identificación clara de los individuos afectados, de manera que aunque pueden ser útiles en la clasificación, los costos no justifican su empleo como forma de tamizaje en la población. Respecto a los factores ambientales, hay estudios que sugieren una liga potencial entre fumar cigarrillos y tomar alcohol durante el embarazo y el TDAH en los niños. Además, preescolares expuestos a altos niveles de plomo presentan un riesgo elevado de desarrollar el trastorno⁷. Niños que han sufrido una lesión cerebral pueden mostrar comportamientos similares a los del TDAH; sin embargo, sólo un pequeño porcentaje de menores con TDAH han sufrido una



FotoKellly P

Quando el TDAH persiste en la edad adulta (lo cual ocurre en un tercio de los niños afectados) presenta una evolución adversa en el área de la salud mental: hay mayor dependencia/abuso de alcohol, trastorno antisocial de personalidad, dependencia/abuso a otras sustancias, episodios hipomaniacos, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo, deficiencias en los logros académicos, menos éxito ocupacional, problemas legales y lesiones accidentales. También hay mayores tasas de divorcio, peores elecciones sobre la salud y paternidad más precoz. Sólo una minoría de niños con llega a la edad adulta sin sufrir adversidades serias, lo cual sugiere que el tratamiento del TDAH en la niñez está lejos de ser óptimo.

lesión cerebral traumática. Y se sabe que síntomas de TDAH también pueden estar presentes en quienes han estado sujetos a una crianza negligente o maltrato¹⁹.

El diagnóstico del TDAH es fundamentalmente clínico, es decir, a partir de entrevistar al paciente, sus padres o cuidadores y mediante informaciones de terceros como es el caso de los maestros (un requisito para hacer el diagnóstico es que los síntomas estén presentes en más de un contexto y que su duración sea por lo menos de 6 meses)¹. Cabe mencionar que no es indispensable practicar un electroencefalograma en todos los casos donde se sospecha el trastorno, entre otras razones porque este estudio no revela el diagnóstico.

Por lo que respecta al tratamiento, la evidencia apunta a que los resultados son mejores cuando se emplean psicofármacos además de medidas psicosociales²⁰. Según las características de cada caso, en su tratamiento deben estar implicados, además de los médicos, los psicólogos, pedagogos y maestros.



Foto:LSAJ

Es común que cuando un niño presenta TDAH otro miembro de su familia también lo tenga. Y dado lo difícil que resulta controlar su conducta, frecuentemente sus cuidadores recurren a castigos físicos que inciden negativamente en la evolución del trastorno y lo complican. Médicos de primer contacto y otros profesionales deben proporcionar a los padres y maestros información correcta sobre la naturaleza y tratamiento del TDAH. Un punto fundamental consiste en aclarar los mitos contra el empleo de medicamentos, cuya utilidad como recurso terapéutico de primera línea está suficientemente demostrada.

Ante la pregunta de cuáles profesionales están capacitados para identificar el TDAH en los menores e implementar su tratamiento, se puede afirmar que son los psiquiatras infantiles y los neuropediatras quienes cuentan con mayor conocimiento y experiencia en su detección, y son los primeros

quienes están más capacitados para proporcionar un tratamiento integral, por contar con la preparación para atender la necesidades de los pacientes en el área de la orientación psicológica y la sicoterapia, además de poder prescribir medicamentos. Es ésta la mejor medida de que se dispone para el control del trastorno, sin ser la única, porque un tratamiento óptimo del TDAH también incluye la aplicación de intervenciones psicosociales como la psicoeducación a padres y maestros, apoyo emocional al paciente y sus padres y la rehabilitación pedagógica y de otro tipo según las características cada caso. Psiquiatras y neurólogos generales también pueden hacerlo, sobre todo en pacientes adultos. El psicólogo clínico puede tener también un papel significativo en el estudio de los casos, si bien habitualmente no se requiere necesariamente de la aplicación de pruebas psicológicas para llegar al diagnóstico, que es clínico y cuya determinación corresponde al médico. En este proceso también hay que determinar si coexisten con el TDAH otras entidades psiquiátricas que comúnmente acompañan al trastorno, tales como trastornos disruptivos de la conducta (trastorno negativista desafiante, trastorno disocial), trastornos emocionales (ansiedad, depresión), trastornos del aprendizaje (específicos como la dislexia e inespecíficos), disfunciones familiares, problemas neurológicos agregados, etc.

En países donde los pediatras y médicos familiares poseen más cultura psiquiátrica que en el nuestro, estos profesionales suelen hacerse cargo del tratamiento de muchos de los pacientes con TDAH, sobre todo los no complicados con comorbilidad significativa. En México esto ocurre en mucha menor medida, por lo que se requiere que pediatras, médicos familiares e internistas se capaciten para atender al gran volumen de pacientes que no son diagnosticados ni tratados adecuadamente. Si consideramos que la cantidad de psiquiatras y neurólogos certificados como especialistas es francamente escasa para las necesidades de la población es evidente que estamos frente a un problema de salud pública que debe ser atendido. Entre otras medidas, se requiere reforzar la enseñanza sobre el TDAH en la carrera de Medicina y en los programas dirigidos a residentes de pediatría, medicina familiar, medicina interna.

Un enfoque de salud pública aboga por mejorar el reconocimiento (si más temprano, mejor) y aumentar la frecuencia del tratamiento de los trastornos psiquiátricos. De esta manera se podría disminuir el impacto adverso del TDAH en el funcionamiento psicosocial de quienes lo padecen. Dado el número limitado de profesionales de la psiquiatría, este enfoque también promueve que médicos de primer nivel participen en el reto de atender las grandes necesidades existentes en el campo de la salud mental. Este enfoque idealmente no debe ser incompatible con el de la medicina personalizada, el cual ha sido tradicional en psiquiatría y se centra en las necesidades específicas del paciente individual, evaluaciones integrales, y planes de tratamiento diseñados conforme a las necesidades del individuo, la familia y la comunidad⁸. Se concluye que es necesario incluir a la psiquiatría en el primer nivel de atención médica, además de continuar formando psiquiatras y construyendo unidades médicas donde se pueda atender a los muchos pacientes de todas las edades con TDAH. ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
2. Barkley R, Fisher M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol.* 2002;111:279-89.
3. Barbaresi WJ, Colligan RC, Weaver AL, Voigt RG, Killian JM, Katusic SK. Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: a prospective study. *Pediatrics.* 2013;131:637-44.
4. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry.* 2007;164:942-948.
5. Wolraich ML, McKeown RE, Visser SN, et al. The prevalence of ADHD: its diagnosis and treatment in four school districts across two states. *J Atten Disord.* 2012: [Epub ahead of print].
6. Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics.* 2010;125:75-81.
7. Visser SN, Danielson ML, Bitsko RH, Holbrook JR, et al. Trends in the parent-report of the health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003-2011. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53:34-46.

El diagnóstico del TDAH es principalmente clínico, es decir, a partir de entrevistar al paciente, sus padres o cuidadores y mediante informaciones de terceros como es el caso de los maestros (un requisito es que los síntomas estén presentes en más de un contexto y que su duración sea por lo menos de 6 meses).

8. Walkup JT, Stassel ML, Rendleman R. Beyond rising rates: Personalized medicine and public health approaches to the diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53:14-6.
9. Instituto Nacional de Geografía y Estadística 2010.
10. Secretaría de Salud. Programa de acción en salud mental. México. 2002.
11. Schachar R, Tannock R. Syndromes of hyperactivity and attention deficit. In Rutter M, Taylor E, eds. *Child and Adolescent Psychiatry, Fourth Edition.* Oxford: Blackwell Science, 2002:399-418.
12. Barkley R, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45:192-202.
13. Saucedo J, Albores V, Capece J, Landeros E, et al. Impacto psicosocial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Psiquiatría.* 2007;(S-2):54-8.
14. Saucedo J, Olivos N, Gutiérrez J, Maldonado J. El castigo físico en la crianza y las creencias de los padres. Un estudio comparativo. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2006;63:382-8.
15. Ruiz M, Saucedo J. El trastorno por déficit de atención a lo largo de la vida. México, DF. Alfil; 2012.
16. Fletcher, JM 2013. The effects of childhood ADHD on adult labor market outcomes. *The National Bureau of Economic Research.* Ver p 73 News 2013.
17. Lichtenstein P, Halldner L, Zetterqvist J, Sjölander A et al 2012. Medication for attention-deficit/hyperactivity disorder and criminality. *N Eng J Med.* 2012;367:2006-14
18. Chang Z, Lichtenstein P, Asherson PJ, Larsson H 2013. Developmental twin study of attention problems: high hereditabilities throughout development. *JAMA Psychiatry.* 2013;70:311-8.
19. Taylor E, Sonuga-Barke E. Disorders of attention and activity. In: Rutter-s *Child and Adolescent Psychiatry.* Fifth Edition, Oxford: Blackwell Publishing. 2008:521-42.
20. The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder: The Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56:1073-86.