

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD

(ATTENTION DEFICIT/HIPERACTIVITY DISORDER)



¹Dra. Natalia De La Cruz Villalobos

Clínica Dr. Marcial Fallas Díaz, San José, Costa Rica

natts03@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1299-2057>

RECIBIDO	CORREGIDO	ACEPTADO
8/1/2019	18/1/2019	25/1/2019

RESUMEN

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es una enfermedad que afecta tanto a niños, adolescentes y adultos en todo el mundo, la cual ha sido mal diagnosticada por la falta de dominio de los criterios diagnósticos y por la ausencia de exámenes de gabinete. Presenta una etiología multifactorial y con mucha frecuencia está asociada a otros trastornos psiquiátricos. Este trastorno afecta de manera importante la vida del paciente, por lo tanto, su estudio y manejo es primordial.

PALABRAS CLAVES: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, terapéutica, trastornos mentales, conducta impulsiva, psicofarmacología.

ABSTRACT

Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a disease that affects children, teenagers and adults all over the world, which has been misdiagnosed due to the difficulty of the diagnostic criteria and the absence of laboratory studies. It presents a multifactorial etiology and is very often associated with others psychiatric disorders. This disorder significantly affects the patient's life, therefore, its study and management is paramount.

KEYWORDS: Attention deficit disorder with hyperactivity, therapeutics, mental disorders, impulsive behavior, psychopharmacology.

¹Médico general, graduada de la Universidad Internacional de las Américas (UIA), médico en Clínica Dr. Marcial Fallas Díaz, San José, Costa Rica. Código médico:11951 natts03@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Este trastorno se presenta a nivel mundial cerca de un 5% de la población, y se acompaña a lo largo de la adolescencia y vida adulta.

Se da afectación a nivel social, académica y familiar, principalmente, en los niños con TDAH (1,2).

Tiene 3 tipos: inatención, hiperactividad, impulsividad. Puede tener muchas consecuencias como: embarazos precoces, baja autoestima, accidentes de tránsito, deserción escolar (3).

de un 76%. La mayoría de los casos se pueden presentar junto con otro trastorno psiquiátrico (3).

• Factores ambientales

La exposición intrauterino al tabaco, bajo peso al nacer y prematuridad podrían aumentar el riesgo de padecer TDAH (3).

• Factores neuroquímicos

Se ha relacionado principalmente la dopamina con el control de impulsos, a la vez se tiene la hipótesis que la adrenalina podría “frenarlo” (3,4).

EPIDEMIOLOGÍA

En Estados Unidos se reporta una incidencia de 7 a 8% en niños escolares pre púberes. Se habla de manera mundial un aproximado de 5% y en adultos 2.5%. Se presentan 9 veces más casos en niños que en niñas, en relación 9 a 1.

Los familiares de primera línea pueden presentar diversas enfermedades psiquiátricas, mayor que en la población general, por ejemplo ansiedad, trastornos depresivos, trastorno de consumo de sustancias.

A menudo se diagnostica en los niños al entrar a la escuela, salvo casos muy graves se puede observar a los 3 años. (4,5).

ETIOLOGÍA

• Factores genéticos

Se desconoce un gen que produzca la enfermedad, se sospecha que es una mezcla de ellos, pero si se ha logrado definir que se puede heredar alrededor

DIAGNÓSTICO

Criterios diagnósticos del DSM-V (6,7)

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. **Inatención:** seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido al menos por 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad) se requiere un mínimo de 5 síntomas.

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p.ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
 - b. Con frecuencia tiene dificultadas para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultades para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada)
 - c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
 - d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad)
 - e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo, no cumple los plazos).
 - f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos)
 - g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, laves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
 - h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados)
 - i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar facturas, acudir a citas)
2. **Hiperactividad e Impulsividad:** seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante, al menos, 6 meses en un agrado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales.
- Nota: Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.
- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
 - b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera permanezca sentado, (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
 - c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: en

- adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto).
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia esta “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor” (p.ej, es incapaz de estar o se siente cómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que esta intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que haya concluido una pregunta (p.ej, termina las frases de otros, no respeta el turno de la conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p.ej, mientras espera en una cola).
- i. Con frecuencia irrumpe o se inmiscuye con otros (p.ej, se mete en las conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).
- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo/impulsivo, estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo/ impulsivo están presentes en 2 o más contextos (p.ej, en casa, en la escuela o en el

trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades).

- D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la capacidad de los mismos.
- E. Los síntomas no se producen excesivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otros trastornos psicóticos y no se explican mejor por otro trastorno mental (p.ej, trastorno del estado de ánimo, trastorno de la ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

En el **CUADRO 2.1** se mencionan los principales diagnósticos diferenciales que se deben tener en cuenta en el TDAH (4,8,9).

CUADRO 2.1. Principales diagnósticos diferenciales del TDAH.

- Depresión
- Trastorno de ansiedad
- Manía
- Trastorno bipolar
- Trastorno de personalidad
- Trastornos de la conducta
- Discapacidad intelectual

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

La forma en que cursara el TDAH es muy variable, se dice que durante la adolescencia se puede mantener entre un 60-85%, y llegar a la vida adulta con este padecimiento en un 60% de los

casos. Así como puede mantenerse la inatención pero no la hiperactividad. La remisión se puede presentar de los 12 a los 20 años. Sin una evidente afectación en la vida adulta. De persistir se presenta riesgo de alteraciones del estado de ánimo, consumo de sustancias, trastornos del comportamiento (4,10). Se han realizado estudios donde se documenta un mayor padecimiento en hombre que en mujeres, así como mantener esta patología en la vida adulta (11).

TRATAMIENTO

Tratamiento farmacológico

Considerada la primera línea. Dentro de ellos los estimulantes son la primera elección (4).

Tipos:

- Psicoestimulantes: metilfenidato y los preparados de anfetaminas son agonistas de la dopamina. Se desconoce su mecanismo de acción concreto.
- No psicoestimulantes:
 - Atomoxetina: inhibidor de la receptación de noradrenalina, se puede utilizar a partir de los 6 años.
 - Alfa 2 agonista: clonidina y guanfacina, esta indicado en niños mayores de 6 años (4,12-14).

Efectos secundarios

- **Estimulantes**
 - a) Metilfenidato y anfetaminas: disminución del apetito, pérdida de peso, aumento de frecuencia

cardíaca, aumento de presión arterial, insomnio, puede

desencadenar tics. vigilar historia de abuso/dependencia de sustancias, psicosis o problemas cardíacos.

- b) Atomoxetina: disminución del apetito, pérdida de peso, náuseas, vómitos, aumento de frecuencia cardíaca, aumento de presión arterial, sedación. Vigilar pacientes con tendencias suicidas.
- c) Alfa 2 agonistas: clonidina y guanfacina: bradicardia, disminuye la presión arterial, mareos, sedación (5,13,15)

Debe mantenerse un monitoreo al menos cada 3 meses por sus efectos secundarios. (4)

Tratamiento psicosocial

Existen grupos de entrenamiento de conducta para los padres, donde se les enseña a manipular el ambiente donde el niño se desenvuelve para que sea más positivo, reestructurar las tareas dadas para que sean más sencillas de realizar, motivar al niño con premios sencillos, implementar reglas, rutinas y responsabilidades, ignorar los malos actos, utilizar el "tiempo fuera" para calmar al niño, reforzar los buenos actos, entre otras técnicas para ayudar al paciente, tanto en la casa como en la escuela (1,16).

Tratamiento escolar

Se debe plantear un entrenamiento al profesor para que sepa manejar al niño, y mantener una estrecha comunicación con los padres, esto para mantener una misma línea (8).

Tratamiento psicológico

Se debe abordar al niño para ayudarlo con técnicas de manejo de ira, como solucionar problemas, desarrollar habilidades sociales, etc (8).

importante, tanto a los niños como a los adultos. Lamentablemente tiene un difícil diagnóstico, no se cuenta con una prueba de laboratorio ni de imagen para su confirmación.

Se debe dar un tratamiento integral, lo cual es importante para mantener un adecuado desarrollo emocional y educativo.

CONCLUSIONES

El trastorno por déficit atencional/hiperactividad afecta de forma

REFERENCIAS

1. Antshel KM, Barkley R. Psychosocial Interventions in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2008 04;17(2):421-437. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2007.11.005>.
2. Teague MS, Hockenberry M, Kinney JL, Coleman R. Sleep Evaluation in the Assessment of Pediatric Attention Deficit Disorders. *Journal of Pediatric Health Care*. 2018 Nov; <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.08.005>.
3. Polanczyk G, Casella E, Miguel E, Reed U. Attention deficit disorder/hyperactivity: a scientific overview. *Clinics*. 2012 Oct 01;67(10):1125-1126. [https://doi.org/10.6061/clinics/2012\(10\)01](https://doi.org/10.6061/clinics/2012(10)01).
4. Sadock V, Ruíz P, Sadock B. Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría. 11ed. España: Wolters Kluwer; 2015.
5. Al-Ghamdy Y, Qureshi N. Attention deficit hyperactivity disorder. Epidemiologic, pathophysiologic, diagnostic and treatment perspectives. *Saudi Med J*. 2001;22(8):666-673.
6. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ed.. España: Editorial Médica Panamericana; 2014.
7. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10. Washington, D.C: OPS; 1995.
8. Tarver J, Daley D, Sayal K. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an updated review of the essential facts. *Child: Care, Health and Development*. 2014 04 14;40(6):762-774. <https://doi.org/10.1111/cch.12139>.
9. Zalsman G, Pumeranz O, Peretz G, Ben-Dor DH, Dekel S, Horesh N, Fischel T, Nahshoni E, Goldberg PH, Sever J, Apter A. Attention Patterns in Children with Attention Deficit Disorder with or without Hyperactivity. *The Scientific World JOURNAL*. 2003;3:1093-1107. <https://doi.org/10.1100/tsw.2003.94>.

10. Gift TE, Reimherr FW, Marchant BK, Steans TA, Wender PH. Personality Disorder in Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2016 05;204(5):355-363. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000470>.
11. Williamson D, Johnston C. Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A narrative review. *Clinical Psychology Review*. 2015 08;40:15-27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.005>.
12. Schweitzer J, Fassbender C, Lit L, Reeves G, Powell S. *Handbook of Clinical Neurology*. Estados Unidos de Norteamérica: Elsevier; 2012.
13. Vaughan B, Kratochvil CJ. Pharmacotherapy of Pediatric Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2012 Oct;21(4):941-955. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.07.005>.
14. Staufer WB, Greydanus DE. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Psychopharmacology for College Students. *Pediatric Clinics of North America*. 2005 02;52(1):71-84. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2004.10.007>.
15. Pliszka S. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007 07;46(7):894-921. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318054e724>.
16. Tandon M, Pergjika A. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Preschool-Age Children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2017 07;26(3):523-538. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.02.007>.