TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Ignacio Pascual–Castroviejo

DEFINICION

Este síndrome viene definido por la presencia de tres síntomas fundamentales: 1. Disminución de al atención. 2. Impulsividad. 3. Hiperactividad.

Aunque el cuadro se conoce desde siempre a lo largo de la historia de la humanidad, las bases científicas del conocimiento de sus peculiaridades clínicas se establecieron a principios de este siglo. Antes de llegar a la denominación actual de "síndrome de déficit de atención e hiperactividad", casi unánimemente aceptado, recibió diversos nombres, tales como "daño cerebral mínimo" y "disfunción cerebral mínima".

PREVALENCIA

Se estima que no menos de un 6% de los niños en edad escolar presentan el cuadro, aunque las cifras reales pueden ser muy superiores. Si bien se describen prevalencias tres o cuatro veces más altas en varones que en mujeres, si se profundiza en los estudios de niños en edad escolar y en la adolescencia, puede objetivarse la presencia del cuadro con frecuencia similar en ambos sexos. La errónea apreciación hasta tiempos recientes radicaba probablemente en la aparente mayor importancia de los problemas originados por los varones en los que puede haber un predominio de la hiperactividad que los derivados del cuadro en las mujeres, en las que predomina el déficit de atención. Tampoco pueden descartarse diferencias de prevalencia en relación con razas, etnias y culturas debido a la importancia de los factores genéticos en la transmisión y a que, alteraciones que comienzan siendo de origen ambiental, puedan transformarse en genéticas con el paso de generaciones.

ETIOLOGIA

Puede ser tanto genética como adquirida, pero en ambas circunstancias con la misma base bioquímica como origen del trastorno. La mayoría de los casos son hereditarios por vía autosómica dominante y se cree que preferentemente por línea paterna, pero esta apreciación también carece hasta el momento del rigor científico que obligue a aceptarla sin grandes reservas ya que, al igual que ocurre con la creencia de una mayor prevalencia del trastorno en el varón que en la mujer, el hecho no está científicamente cotejado. Ello puede ser debido a que, en una sociedad todavía algo machista en general, se ve de forma más clara, especialmente desde el exterior, el fallo del padre que el de la madre (quizá de puertas para adentro sea más importante el papel de la madre en la dinámica familiar). Además de los casos hereditarios, están los de origen adquirido. En estos últimos años se está observando un importante aumento de este grupo debido fundamentalmente al gran número de niños prematuros y de peso muy bajo, a veces provenientes de partos múltiples que salen adelante gracias

a los sofisticados cuidados intensivos neonatales, predominando en su secuelas la inquietud, la falta de atención y la impulsividad.

PATOGENIA

El trastornos funcional, es decir, las alteraciones clínicas, se llevan a cabo por problemas bioquímicos en proyecciones de conexión entre los lóbulos frontales y los núcleos basales, que afectan tanto al transporte como a la recaptación de la dopamina. Ello ocurre tanto en los sujetos en los que el trastorno tiene origen genético como en los de causa adquirida.

CLINICA

Tiene diferente expresión según la edad y el sexo de los pacientes. Aunque se tiende a englobar las alteraciones clínicas en la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad, hay que enfatizar en la diferente expresión que tiene el cuadro en cada edad. Durante el primer año, los niños suelen dormir mal y estar con los ojos muy abiertos y algunos comienzan a andar excesivamente pronto (entre los 6-10 meses), aunque la mayoría marcha sin ayuda algo tarde. Posteriormente estos niños muestran hipotonía, pies plano-valgos y miedo a dormir solos por lo que no permiten que se apague la luz - a veces durante toda la noche - y quieren acostarse con los padres. Durante los seis primeros años de vida la característica que mejor define a estos niños en su concepto vital - el mundo se circunscribe a ellos, y los demás son el entorno que les sirve - mostrándose torpes para la motricidad fina, inquietos, caprichosos, entrometidos, acaparadores, egoístas y con poca capacidad de frustración. Durante la edad escolar se muestran dispersos, infantiles, inmaduros, mienten y pueden sustraer dinero en casa, se levantan del pupitre muchas veces, interrumpen a otros niños y a los profesores, les cuesta aprender a leer y escribir, tiene dificultades especialmente para las Matemáticas y la Lengua, presentan fracaso escolar con mucha frecuencia, muestran su falta de habilidad motriz tanto en el manejo de lápiz y cuchara como en los deportes de habilidad (ej: el fútbol). En épocas prepuberales siguen presentando las mismas alteraciones descritas y, además, muestran sus tendencias al machismo, exhibicionismo y ausencia de sentido del ridículo (ej: se dejan cabello excesivamente largo o corto, o bien se lo tiñen, se ponen pendientes en el caso de los varones, que pueden ser varios pares en el caso de las chicas, se dejan coleta y se esfuerzan por mostrar apariencia de "progres"; pueden comenzar a fumar desde muy temprano no sólo cigarrillos sino también probar los porros. Comienzan pronto a ser expulsados de los colegios por su bajo rendimiento y por su comportamiento conflictivo. Durante la pubertad y vida adulta joven pueden comenzar o continuar los grandes problemas, tales como fracaso escolar y laboral, drogadicción -es probable que más del 70% de los drogadictos provengan de personas con este síndrome- conflictos de convivencia en casa, en el trabajo y en la sociedad, formación de colectivos de apoyo mutuo (formación de pandillas), exacerbación del machismo y del aspecto estrafalario en los hombres y de los signos de inmadurez en las jóvenes, correspondiéndose estos signos principalmente con una excesiva preocupación por su apariencia externa, que en muchas ocasiones las llevan a ponerse muchos aros en las orejas así como colgantes y otros tipos de adornos por cualquier parte del cuerpo, teñidos del cabello en diferentes colores, o fumar desaforadamente. Desgraciadamente aquello de "genio y figura...." suele cum-

plirse en ellos, por lo que las alteraciones tienen muchas posibilidades de perpetuarse y los problemas van a continuar en las diferentes etapas de la edad adulta, aunque con diferencias de expresión clínica y/o familiar y social debido a que pasan del papel de hijos al de padres.

Aunque la expresión del cuadro clínico es básicamente la misma en varones y en mujeres, se observa una evidente diferencia en la expresión de algunas manifestaciones. En el varón predomina la hiperactividad, conflictividad escolar, familiar, laboral y social, mientras que en la mujer suele predominar el déficit de atención, la excesiva preocupación por su apariencia externa, con gran coquetería y la necesidad de ser admiradas -les interesa más ser envidiadas y deseadas que queridas- mostrándose tímidas fuera de casa y muy impositivas y vagas dentro de ella.

Hay algunos subtipos dentro de este síndrome. 1) Uno en el que predomina la hiperactividad. 2) Otro en el que predomina el déficit de atención.

DIAGNOSTICO

En muchos casos, puede diagnosticarse el síndrome en menos de dos minutos, solamente con dejar al niño que se mueva "a sus anchas" por el recinto de la consulta y a veces incluso antes, ya que la enfermera nos anuncia la inminente entrada de un niño con este cuadro por la forma en que se ha comportado en la sala de espera. Ello ocurre fundamentalmente en los hiperactivos. Cuando existe predominio de déficit de atención, el trastorno vendrá referido por la historia clínica y por el "oficio" del médico para detectarlo. Sin embargo, la Asociación Americana de Psiquiatría (1994) establecía unos criterios diagnósticos, expresados en la tabla I.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Hay una serie de cuadros con los que puede plantearse, quedando expuestos en la tabla II.

EXAMEN FISICO

Exceptuando patologías concretas con las que puede ir asociado este síndrome -neurofibromatosis tipo 1, heterocigóticas con X-frágil, etc.- que pueden mostrar los signos típicos de estas patologías, sólo la hipotonía generalizada con pies plano-valgos, las uñas mordidas, el aspecto externo con la indumentaria tan peculiar (a partir de una cierta edad) y la forma tan exclusiva de comportarse en la consulta, es lo que podemos obtener de la exploración.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

No hay ninguna que nos ayude en el diagnóstico ni en el pronóstico. Sólo nos van a servir el EEG convencional –que hay que practicar obligatoriamente para descartar patología epiléptica, ya que, en caso de existir, impediría la administración de metilfenidato, que es el fármaco habitualmente utilizado en el tratamiento- y un test psicométrico para conocer cociente intelectual (CI) con vistas a tener una idea aproximada de su capacidad mental, que puede ser uno de los indicativos pronósticos, aunque no el único ni el definitivo.

EVOLUCION

Va a depender de varios factores: 1) De las características intrínsecas del cuadro que propician una mayor severidad en la expresión clínica (ej: inmadurez, rebeldía, agresividad, hiperactividad, irresponsabilidad, etc.). 2) De los factores familiares y socia-

TABLA I

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD (SDAHA)

El diagnóstico requiere evidencia de los tres signos fundamentales del síndrome: Déficit de atención, impulsividad e hiperactividad.

DEFICIT DE ATENCION

Seis o más de los siguientes síntomas persistiendo por al menos seis meses a un grado que es mala adaptación e inconsistente con el nivel de desarrollo que debería tener el paciente:

- Fallo para prestar atención profundamente a los detalles
- Dificultad para sostener la atención en las actividades
- No escucha cuando se le habla directamente
- No sigue las instrucciones que se le dan
- Dificultades para seguir conversaciones
- Evita las conversaciones que requieren esfuerzo mental sostenido
- Pierde u olvida cosas necesarias para las actividades
- Se distrae fácilmente por estímulos externos
- Es olvidadizo en las actividades diarias

HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD

Persistencia por al menos seis meses de seis de los siguientes síntomas:

- Hiperactividad
  - Es intranquilo
  - Se levanta del asiento cuando debería permanecer sentado
  - Va de un sitio para otro en situaciones en las que debería estar quieto
  - Tiene dificultades para jugar sosegadamente
  - Actúa como si "estuviera movido por un motor"
  - Habla excesivamente
- Impulsividad
  - Contesta las preguntas antes de serle formuladas
  - Tiene dificultades para esperar su turno
  - Interrumpe o molesta a los otros niños

(ASOCIACION AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1994)

les (es importantísimo el barrio en el que viven estos sujetos). Hay factores que descompensan emocionalmente a cualquier persona y con mucho más motivo a éstas, que quedan reflejados en la tabla III. Una familia unida trabajando en buena armonía con los profesores pueden sacar adelante a estos niños. En caso contrario, se dará el fracaso escolar y una serie de acciones y reacciones en cascada que pueden acabar en "un individuo sin oficio ni beneficio", sin un trabajo concreto, desarraigado en afecto, muy propicio a la drogadicción, la delincuencia y la cárcel. En los casos pro-

TABLA II DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL SDAHA CON OTROS TIPOS DE PATOLOGIA
– ALTERACIONES DE LA CONDUCTA – PROBLEMAS DE APRENDIZAJE – ACTITUDES CONTESTATARIAS Y DESAFIANTES – SINDROME DE GILLES DE LA TOURETTE – ALTERACIONES DEL LENGUAJE TRASTORNOS QUE AFECTAN LA ATENCION – TRASTORNOS DE ANSIEDAD (ej: ansiedad por separación, superansiedad u obsesión) – TRASTORNOS DEL HUMOR (ej: trastornos afectivos mayores, manía, depresión) – ABUSO DE DROGAS – ESQUIZOFRENIA O PSICOSIS – RESISTENCIA GENERALIZADA A LA HORMONA TIROIDEA, HIPER-TIROIDISMO.
(ASOCIACION AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1994).

vinientes de clases sociales más altas, puede acabarse en el mismo resultado final, aunque caminando por grupos fascistas, intolerantes y xenófobos. Cuando el entorno familiar y social es más favorable y sepan aprovecharse sus condiciones positivas, que también poseen muchas –extroversión, simpatía, aptitudes artísticas, creatividad, etc. –pueden acabar siendo personas muy competentes en diversas actividades. Las más propicias son las artísticas, relaciones públicas, periodismo, creatividad de modas, etc. No son buenos, en cambio, para trabajos de paciencia, constancia, habilidad motriz, responsabilidad colectiva, trabajo en equipo y todo aquello que conlleve espíritu de sacrificio y ejemplarización. Sus aptitudes para "hacer ciencia" son mínimas o nulas.

TABLA III FACTORES FAMILIARES Y PSICOSOCIALES QUE PUEDEN DESEQUILIBRAR AL NIÑO Y ORIGINAR UN CUADRO SIMILAR AL SDAHA.
– Muerte de un familiar o amigo muy querido – Madre con trastorno mental – Familia numerosa – Padre alcohólico, drogadicto, delincuente o en paro – Peleas de los padres – Clase social baja con ambiente poco afectuoso – Vivir en un barrio conflictivo – Vivir fuera del hogar y sin afecto – Cambio brusco de mejor a peor nivel económico y social.

TRATAMIENTO

Hay que contemplarlo en una doble vertiente. Por un lado, hay que tratar al paciente desde el punto de vista farmacológico, con ayuda escolar y con protección-dirección continuada. Por otro, hay que ayudar a la familia, especialmente a los padres, y también a los profesores, que precisan apoyo para sobrellevar e incluso sobrepasar sus obligaciones como profesionales en su relación con estos niños que, de por sí, pueden hacer perder la paciencia a cualquiera que esté en relación con ellos.

Desde el punto de vista farmacológico hay que saber que las sustancias estimulantes suelen calmar a estos sujetos y las tranquilizantes los ponen más nerviosos. No hay inconveniente, por tanto, en recomendar coca-cola con cafeína o bien café, además de los fármacos estimulantes principal-

mente metilfenidato, anfetaminas o pemolina. No se recomienda, en cambio, la administración de barbitúricos, diacepósidos, valproato sódico y similares porque aumentan la inquietud. El fármaco estimulante de elección es el metilfenidato en dosis que van de 1/3 a 1mg/kg de peso/día, administrado sólo los días en que el sujeto asiste al colegio o tiene escolaridad, es decir, en niños con edades por encima de los 6 años, y no se dará en vacaciones ni en festivos a no ser que el niño también tenga clase en esas fechas. La dosis se administra repartida en dos tomas –generalmente en el desayuno y en la comida del mediodía –pero también puede ser dado en tres tomas, incluyendo la cena, ya que no se ha comprobado que provoque insomnio, o bien en dos tomas pero cambiando la dosis de la comida por la de la merienda en caso de que tenga clases de apoyo fuera del colegio por la tarde. Los niños en los que predomina el deficit de atención suelen tener suficiente con 1/3 mg/kg/día, mientras que los muy hiperactivos pueden precisar hasta 1 mg/kg/día. En los casos en que los padres, por sus condiciones de trabajo, no pueden observar el efecto de la medicación durante los días laborables, puede estar indicado el administrarla también los fines de semana durante el primer mes para que ellos puedan informarnos sobre los cambios que observan en sus hijos con la administración del fármaco. Los efectos colaterales del metilfenidato son mínimos y el único requisito imprescindible para su administración es el del control médico periódico. Otra sustancia eficaz puede ser la dextro-anfetamina en dosis de 0,15 a 0,40 mg/kg/día, repartida también en dos tomas, de forma análoga a la aplicación del metilfenidato. Una tercera sustancia es la pemolina, que se administra en dosis de 1 a 2 mg/kg/día, en una toma al desayuno. Es conveniente aplicar estas sustancias en dosis progresivas, comenzando por cantidades bajas. Además de las sustancias mencionadas, también se prescriben ocasionalmente antidepresivos del tipo del los tricíclicos. La necesidad de medicación por parte de los sujetos hiperactivos y la eficacia de los mismos puede prolongarse durante la edad adulta. Pese a que, teóricamente se pueden utilizar todos los fármacos mencionados, la facilidad de su administración y los pocos efectos secundarios hacen que, en la práctica clínica, sea el metilfenidato el que se aplica en la inmensa mayoría de casos. Independientemente de los fármacos, estos niños van a precisar ayuda escolar, en raras ocasiones ayuda psicológica, y, en la mayoría o en todos los casos, mucho control por parte de los padres para vigilar compañías y ambientes que frecuentan. Los padres, en cambio, pueden precisar apoyo psicológico en muchos casos, aunque las visitas periódicas al médico –a las que conviene vayan ambos, además del niño- pueden constituir la mejor terapia para ellos.

El apoyo a los profesores es fundamental tanto por parte de los padres como de los médicos. De su paciencia, interés y colaboración va a depender el futuro, al menos escolar, de estos niños en más de un 50%. Hay que decir, sin embargo, que no hay que presionarles, responsabilizándoles y dejar de reconocer su imprescindible labor, y tampoco puede metérseles en la misma clase más de dos niños con el síndrome ya que pueden descompensarles la clase por mucho empeño que pongan ellos en mantener el orden.

INFORMACION A LOS PADRES

Una labor importante es la de informar a los padres sobre el alcance del cuadro, de su carácter muchas veces hereditario, de la importancia de tratar a estos niños de

forma ajustada –ni demasiado duro ni demasiado blando- de comprender y apoyar a los profesores, de controlar las compañías, de comprender las preferencias profesionales de estos sujetos (muchas veces poco convencionales), del efecto positivo de los fármacos sobre el cuadro clínico y también de los riesgos de acción colateral en algunos casos. En este tipo de patología los padres van a recibir del médico las recomendaciones oportunas para poder conducir a sus hijos de la forma más adecuada y, por ello, las visitas periódicas al médico en las que expongan la situación del cuadro en su conjunto en cada momento y soliciten la necesaria ayuda sobre la forma de afrontar los problemas, que vayan surgiendo continuamente de la manera más conveniente.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. DSM-IV. Washington, DC. American Psychiatric Association 1994: 78-85.

2. Castellanos FX. Toward a pathophysiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. Clin Pediatrics (Phila) 1997; 36: 381-393.

3. Cook EHJ, Stein MA, Krasowski MD, Cox NJ, Olkon DM, Kieffer JE, Leventhal BL. Association of attention-deficit disorder and dopamine transporter gene. Am J Hum Genet 1995; 56: 993-998.

4. Elia J, Ambrosini PJ, Rapoport JL. Treatment of attention-deficit-hyperactivity disorder. New Engl J Med 1999; 340: 780-788.

5. Gainetdinov RR, Westsel WC, Jones SR, Levin ED, Jaber M, Caron MG. Role of serotonin in the paradoxical calming effect of psychostimulants on hyperactivity. Science 1999; 283: 397-401.

6. Pascual-Castroviejo I. Síndrome de deficit de atención con hiperactividad. Guía práctica diagnóstica y terapeútica. Barcelona. César Viguera Editorial 1999.

7. Stewart AL. Rifkin L, Amess PN, Kirkbride V, Townsenf JP, Miller DH, et al. Brain structure and neurocognitive and behavioural function in adolescents who were born very preterm. Lancet 1999; 353: 1653-1657.

8. Still GF. Some abnormal psychical conditions in children. Lancet 1902; 1: 1008-1012; 1077-1082; 1163-1168.

9. Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E, Sonuga-Barke EJS, Jensen PS, Cantwell DP. Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. Lancet 1998; 351: 429-433.

10. Zametkin AJ, Ernst M. Problems in the management of attention deficit hyperactivity disorder. N Engl J Med 1999; 340: 40-46.

NOTAS