

POLICLINICO UNIVERSITARIO
"FRANCISCO CASTRO CERUTO"
EL SALVADOR

COMPORTAMIENTO DE TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD

Dra. Mayelín Turcaz Romero¹, Lic. Yamirka Montes de Oca González.²

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo con el objetivo de caracterizar pacientes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, pertenecientes al Policlínico Universitario "Máximo Gómez" del municipio Holguín durante el año 2008. El universo de estudio es de 33 pacientes con edades comprendidas entre 6 y 17 años diagnosticados según metodología aplicada (entrevista semiestructurada Kiddie-SADS Lifetime Versión), diseñada para evaluar episodios psicopatológicos actuales y pasados, en niños y adolescentes. Entre las variables analizadas se encuentran: edad, sexo, antecedentes patológicos personales y familiares, funcionalidad familiar, subtipo y comorbilidad. Hay predominio del sexo masculino y grupo de edad escolar. La mayoría presenta antecedentes patológicos familiares donde los trastornos neuróticos y antecedentes perinatales fueron los más relevantes. La mayor parte presenta trastorno comórbido, con prevalencia de trastornos específicos del aprendizaje.

Palabras clave: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD/epidemiología.

INTRODUCCION

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se considera una condición universal que no reconoce fronteras nacionales, lingüísticas o culturales. Comienza en la infancia y tiende a mantener algunas de sus características hasta la adolescencia y la adultez, incluso, diversas literaturas recogen una galería de personalidades famosas, que se cree, fueron portadoras

¹ Especialista de I Grado en Psiquiatría Infanto- Juvenil. Instructor.

² Licenciada en Psicología.

de esta entidad, entre ellos: Albert Einstein, André Ampere, Benjamín Franklin, Leonardo Da Vinci, entre otros.¹

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad es el término que se utiliza en la actualidad para describir a los pacientes que presentan una dificultad generalizada en tiempo y espacio para mantener y regular la atención, una actividad motora excesiva (hiperactividad), impulsividad o combinación de estos, además de otros síntomas asociados.^{2,3}

El TDAH ocupa uno de los primeros lugares en consultas de sicopatología infantil. Se plantea que esta entidad presenta del 3-5 % de la población infantil a nivel mundial, según investigaciones conservadoras, ya que se informan países con prevalencias exageradas de hasta el 17 % en niños pequeños; otros registran cifras muy bajas de 0.9 %, en dependencia de la diversidad de diseños metodológicos y otras variables. Algunos de los países donde se informan mayores prevalencias son: Estados Unidos, Australia, España, donde la neuropediatría y la psiquiatría infantil están altamente especializadas, y en países de América Latina como Argentina y México. La incidencia a nivel mundial se considera del 2-20 % en alumnos de edad escolar, lo cual se traduce que por cada aula de 30 alumnos existe al menos de 1 a 2 niños con este trastorno, en dependencia de la cantidad de hembras y varones.⁴⁻⁶

En bibliografías consultadas se plantea que esta enfermedad es por causa biológica, con carácter hereditario para el mayor porcentaje de los casos y de forma adquirida debido a sufrimiento prenatal, perinatal o postnatal para el menor porcentaje, donde se considera están involucrados los neurotransmisores, principalmente la dopamina.

Se plantea, además, que un niño puede presentar 2 o más trastornos simultáneos sin que exista relación causal entre ellos; a esto se le denomina comorbilidad. Desde el punto de vista clínico, los niños que presentan este trastorno revisten mayor gravedad ya que requieren mayor complejidad terapéutica que el TDAH no comórbido y necesitan abordaje cauteloso y múltiple.⁷⁻¹¹

Se considera que la importancia de un estudio epidemiológico es indudable, sólo a través de ello es posible ir más allá de las impresiones clínicas y conocer objetivamente la forma en que determinado trastorno se presenta en una población dada. Por otra parte, estos datos son importantes a la hora de planificar medidas asistenciales adecuadas y evaluar con bases firmes la

necesidad de una capacitación específica por parte de los involucrados a un problema determinado.¹²⁻¹⁴ Es por ello que surge la motivación de este trabajo para así unificar criterios diagnósticos y sembrar pautas para estudios posteriores.

METODO

Se realiza un estudio descriptivo con el objetivo de caracterizar a pacientes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), en el Policlínico Universitario "Máximo Gómez" del municipio Holguín, durante el año 2008.

El universo está conformado por 33 pacientes diagnosticados con TDAH, según metodología aplicada, con edades comprendidas entre 6 y 17 años. Estos se reciben en consulta de psiquiatría infanto-juvenil en el período analizado.

Criterios de inclusión

- Pacientes que llegan a consulta con síntomas sospechosos de TDAH tales como: pérdida de atención, inquietud constante, forma de actuar impulsiva y logros académicos bajos.¹⁵⁻¹⁷
- Pacientes con diagnóstico de TDAH de años anteriores que acuden a consulta en dicho período.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no cumplen con los criterios diagnósticos.
- Pacientes cuyos padres no están de acuerdo con su participación en la investigación.

A todos los pacientes se les aplica el instrumento Kiddie-Sads Lifetime Version para realizar el diagnóstico. Esta es una entrevista semiestructurada basada en criterios de DSM-IV. Se aplica al niño, padres y maestros. El puntaje del mismo es 0 cuando no hay información; 1, si el síntoma es ausente; 2, cuando los síntomas tienen categoría subumbral y, 3, se considera categoría umbral del síntoma. Finalmente se utiliza el juicio clínico en la asignación del puntaje resumen.

Este instrumento sirve, además, para clasificar a pacientes en distintos subtipos de TDAH.¹⁸ Para el procesamiento de la información se confecciona una base de datos y se trabaja con estadística descriptiva. Los datos se

resumen en tablas de distribución de frecuencia y asociación y se expresan en gráficos para mejor comprensión.

Dentro de las variables a estudiar, se encuentran: grupo de edad, sexo, antecedentes de la enfermedad, familiares psiquiátricos (se incluyen madre, padre, abuelos, tíos y hermanos)¹⁵, antecedentes patológicos personales. Se incluyen las noxas más frecuentes que pueden guardar relación con disfunción cerebral posterior, según bibliografía revisada¹⁴, funcionabilidad familiar, (FF-SIL)¹⁷, subtipo de TDAH y comorbilidad (se explora de forma clínica, según criterios del DSM-IV, la presencia de otras entidades asociadas al trastorno, y se consideran las más frecuentes)^{16,19}

RESULTADOS Y DISCUSION

Se plantea que la variabilidad en algunas investigaciones de datos epidemiológicos de esta enfermedad depende de varios factores: tipo de estudio, criterios o metodología diagnóstica empleada, fuente de información, tamaño de la muestra, grupos de edades a estudiar, entre otras variables.²⁰⁻²²

En este estudio se encontró marcada diferencias entre ambos sexos, el 81.8 % correspondió sexo masculino y el 18.2 % al femenino (Tabla 1). Se apreció, además, que el grupo de edad predominante fue el de 6 a 11 años (etapa escolar) (60.6 %). Los datos respecto al sexo coinciden con otros autores.^{4,11,19,20}

Las grandes diferencias en cuanto al sexo parten de la expresión sintomatológica de niños y niñas, la cual es distinta. Así las niñas presentan menos problemas agresivos y de sobreactividad a diferencia de los varones, por lo que ellos son más percibidos por padres y profesores que los hacen asistir a consulta, conduciendo a un infradiagnóstico en el sexo opuesto, en otras palabras, el trastorno preocupa más cuando lo padece un varón.

En cuanto a la edad hay investigaciones con resultados semejantes. Para Costello (2003) las tasas varían descendiendo con la edad, es decir del 2.2 % en el grupo de 9 a 10 años al 0.3 % en la adolescencia. Igualmente coincide un estudio colombiano realizado por Camejo y colaboradores en el 2005, donde se encuentran diferencias significativas entre los grupos etarios de 7 a 11 años y de 12 a 17 años (a favor de los primeros). La edad afecta claramente la prevalencia del trastorno, ya que el número y severidad de los síntomas aunque

no desaparecen, declinan con la maduración del niño, por lo que no es extraño que se reduzcan las visitas del adolescente a consulta, además, de las particularidades propias de esta etapa que los hace más reacios a ser atendidos.^{4,20,22,23}

Al analizar antecedentes patológicos familiares relacionados con TDAH y sus comorbilidades, según la bibliografía revisada (Gráfico 1), se encuentra que en el 84.8 % de los pacientes aparecen antecedentes de uno u otro tipo, teniendo en cuenta los familiares más cercanos. Predominan los trastornos neuróticos en el 57.6 %, seguido de los hiperactivos (33.3 %). Estos resultados son similares a los encontrados por otros investigadores.^{19,24,15}

Es evidente la importancia de estos factores en la aparición del déficit atencional y sus comorbilidades, de manera general, en todos los trastornos psiquiátricos se han planteado como posible causa entre muchas otras las genéticas, por lo que conocer el patrón hereditario es importante. En esta investigación es evidente la presencia de estos factores, se demuestra que influyen tanto en la aparición de la comorbilidad como en el manejo adecuado del niño y su pronóstico.

De igual relevancia son los antecedentes de enfermedades: prenatales, perinatales y posnatales, las que también se consideran parte de la etiología de esta entidad.^{2,26,27} En este estudio se encuentran estos antecedentes en el 87.9 %; los prenatales son los más relevantes (60.6 %) (Ver Tabla 2). Estos hallazgos tienen similitud con los de Pineda y colaboradores en Colombia, 2003, donde el parto prematuro, sepsis y convulsiones perinatales fueron los más relevantes en su casuística, igual se refleja en el estudio de Perdomo.^{14,19}

Se conoce la influencia de las noxas prenatales, perinatales y posnatales en la aparición de cuadros disruptivos y otras lesiones del sistema nervioso central, especialmente los perinatales, clasificados como asfícticos ya que conllevan a una alteración en el funcionamiento del eje corteza- tálamo-cerebelo, por lo que es necesario conocerlos para enfocar estos resultados hacia la labor preventiva en la aparición de TDAH.

En el Gráfico 2 se aprecia que el mayor número de familias se encontraba dentro de la categoría moderadamente funcional (45.4 %), seguido de las disfuncionales (36.4 %) y encontrándose solamente 4 familias funcionales (12.1 % del total).

Estos datos quizás guarden relación con el gran porcentaje de comorbilidades halladas en los pacientes (como se verá posteriormente), ya que se demuestra que el ambiente familiar modula el cortejo sintomático de dicho padecimiento, es decir, si la funcionabilidad es favorable, deben presentarse menos cuadros de ansiedad, depresión, conductuales y viceversa, como plantean Servera y Camejo en sus estudios epidemiológicos.^{22,26}

La variable edad se considera otra de las variables moderadoras de TDAH. Al observar el Gráfico 3 se aprecia que en el grupo de 6 a 11 años (escolar) predomina el subtipo combinado (65 %) y en el grupo de 12 a 17 años (adolescentes) prevalece el subtipo inatento (53.8 %). Estos hallazgos coinciden con Graetz, Scander y Cardó.

Existe un consenso general donde se establece que en la evolución de TDAH del niño a adulto, el trastorno adquiere distintas manifestaciones clínicas según el grupo de edad en que se encuentre; así en un niño en etapa escolar es más frecuente la hiperactividad en clases, se precipitan al responder, interrumpen constantemente, se distraen con facilidad, presentan problemas por deberes incompletos, tienen interacciones agresivas, en fin, presentan síntomas combinados del trastorno.

Sin embargo, al llegar a la adolescencia y con ella a mayor madurez del sistema nervioso central, el cuadro clínico se atenúa y se hace más evidente una inquietud interna más que franca hiperactividad, se acentúa la desatención, les cuesta trabajar de forma independiente y prevalece la baja autoestima debido al historial que arrastran rendimientos académicos bajos y malas relaciones interpersonales con sus consecuentes conductas antisociales posteriores, sino son tratados a tiempo.

Las entidades comórbidas más frecuentes (Gráfico 4) fueron los trastornos específicos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia) que representan el 30.3 % del total. De igual forma en otras investigaciones se llegaron a estas conclusiones.^{13, 27-31}

Los trastornos específicos del aprendizaje constituyen una de las patologías más asociadas al TDAH, prácticamente todas las áreas académicas se ven afectadas (aritmética, lecto-escritura lenguaje). Esto se explica por el simple hecho de que los niños con TDAH utilizan estrategias memorísticas pobres, como señala Minchanbaun (referido por Menéndez Benavente). Existe, además, un déficit cognitivo en cuanto a la resolución de problemas y en las

autoinstrucciones adecuadas para controlar la acción. Numerosas investigaciones demuestran que los niños con TDAH tienen un rendimiento escolar más deficiente, mayores repeticiones de cursos, más clases especializadas y más discapacidades específicas de la enseñanza, pero no necesariamente incluyentes dentro de TDAH, es decir, aparecen como comorbilidades.³²⁻³⁴

CONCLUSIONES

1. Predominó el sexo masculino y el grupo de edad escolar.
2. La mayoría de los pacientes presentó antecedentes patológicos familiares y personales relacionados con TDAH, donde trastornos neuróticos y antecedentes perinatales fueron los más relevantes.
3. Predominaron las familias moderadamente funcionales.
4. Prevalció el subtipo de TDAH combinado y en el grupo de edad de 6-11 años.
5. La mayor parte de los pacientes presentó trastorno comórbido, con prevalencia de los trastornos específicos del aprendizaje.

RECOMENDACIONES

- Realizar estudios de pesquisaje de TDAH en diferentes áreas de salud de la provincia, con utilización de la metodología del Kiddie SADS para unificar criterios diagnósticos y verificar comportamiento de esta patología.
- Realizar estudios correlacionales y de intervención con un abordaje integral, para contribuir así a mejorar la evolución de estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Michanie C. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: Criterios actuales. Rev Terremotos y soñadores. 2006 oct; (6): 16.
2. Castroviejo I. Síndrome de déficit de atención con hiperactividad: guía práctica, diagnóstica y terapéutica. Barcelona: César Viguera; 2005.p.2-4.
3. García M, Magaz A. Situación actual del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev Terremotos y soñadores. 2003 Junio; (3): 24.

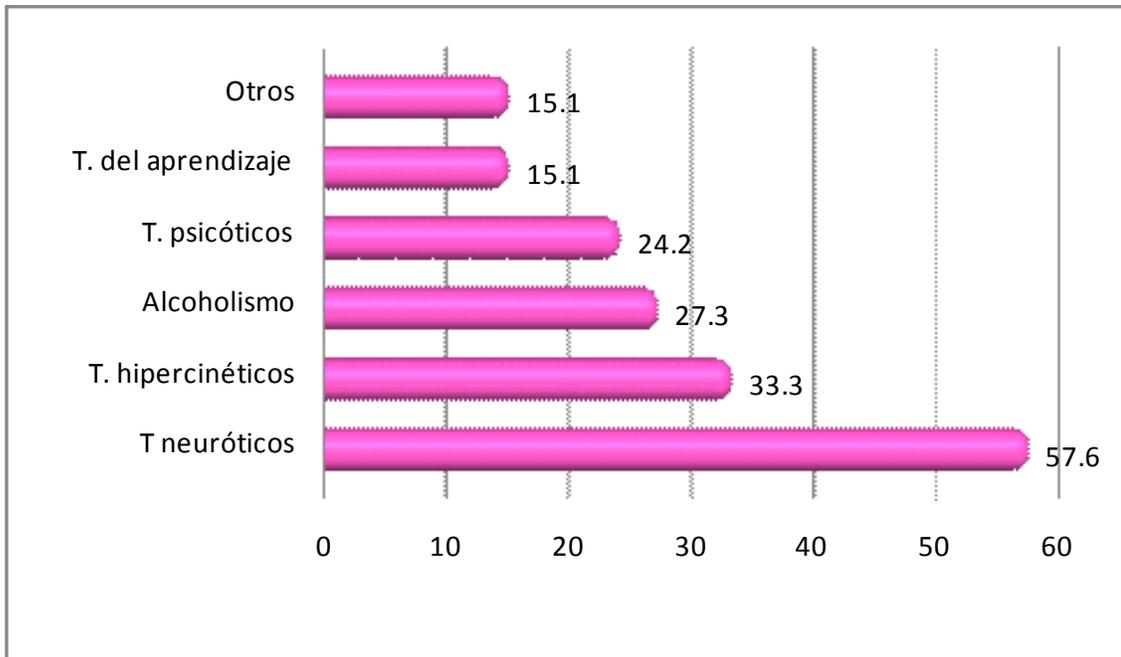
4. Benjumea P, Mojarro M. Conceptos y datos epidemiológicos en Trastornos Hiperkinéticos. *Interpsiquis*. 2004; (2004): 2-8.
5. Kaplan I, Sadock B, Greb JA. *Synopsis of psychiatry*. 7ª ed. New York: Williams and Wilkins; 1994.p. 1063.
6. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales*. Cuarta edición. Washington: Asociación Americana de Psiquiatría; 1994.p. 82-89.
7. Un consenso científico [comentario]. *Rev Terremotos y soñadores*. 2004 Marzo; (2): 34.
8. Scander R. TDAH y comorbilidad. *Rev Terremotos y soñadores*. 2001 Junio; (3): 30.
9. Adesman A. A diagnosis of ADHA?. Don't overlook the probability of comorbidity. *Contemporary Pediatrics*. 2006 December; 20 (12): 91.
10. Scander R, Scander M. Tratamiento de adultos y adolescentes con TDAH. *Rev Terremotos y soñadores*. 2004 Marzo; (7): 13-17.
11. Scander R. Estudio multicéntrico de prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la República de Argentina. *Rev Terremotos y soñadores*. 2003 Septiembre; (5): 30-32.
12. Jensen P, Martin D, Contwell D. Comorbidity in ADHA: Implication for research, Practice and DSM-IV. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1997 August; 36 (8): 1067-1071.
13. Fletcher JM, Shaywitz S, Shaywitz B. Coexistencia de trastornos del aprendizaje y de la atención. *Clin Pediatr Nort Am*. 2005; 5: 939-954.
14. Pineda D. Factores perinatales asociados con la aparición del trastorno por déficit de atención en niños de la comunidad colombiana "paisa". *Rev Neurol*. 2003; 36 (7): 609-613.
15. Álvarez R. *Temas de Medicina General Integral*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p. 147-149.
16. Díaz J. Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*. 2006; 6 (1): 44-55.
17. Louro I. *Manual para la intervención en la salud familiar*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.p. 27-29.
18. Kaufman B, Brent R, Ryan R. Diagnostic Interview Kiddie-Sads present and Lifetime Version (K-SADS-PL) Version 1.0.[documento en línea]. Disponible en: <http://www.wpic.pitt.edu/Ksads/default.htm>. [consulta:18-Abril-2007]

19. Castro F, Carbonell DJ. Síndrome de atención deficitaria con hiperactividad. Valoración neuropsiquiátrica y respuesta al tratamiento con Metilfenidato. Archivo médico de Camagüey. 2003; 7 (2).
20. Cardo E, Servera M. Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Rev Neurol. 2005; (Supl 1): 511-515
21. Cardo E, Servera M, Llovera J. Estimación de la prevalencia del TDHA en población normal de la Isla de Mallorca. Rev Neurol. 2007; 44 (1): 10-14.
22. Camejo J. Prevalencia el trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. Rev Neurol. 2005; 40 (12): 716-722.
23. Montiel C. Estimaciones de prevalencia del TDAH en niños Marabinos. Rev Neurol. 2002; 35 (11) : 1019-1024
24. Bauermeisterz J. El TDAH tipo combinado y TDAH con predominio de problemas de atención. Rev Terremotos y soñadores. 2003 Septiembre; (5): 14.
25. Scander R. Estudio de prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la República de Argentina. Rev Terremotos y soñadores. 2004 Septiembre; (3) 28.
26. Servera M. Estudio de prevalencia del TDAH en población escolar Mallorquina [documento en línea]. [citado: 16 feb 2007]. Disponible en: <<http://www.uib.es/facultad/psicología/profesorat/servera.htm>>.
27. Velarde M. Diagnóstico y tratamiento del TDAH en el instituto especializado de Ciencias Neurológicas. Boletín electrónico de la asociación peruana de déficit de atención. 2003 Diciembre; (2).
28. Scander R, Scander M. estudio preliminar de prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en preescolares de la República de Argentina. Rev Terremotos y soñadores. 2004 Marzo; (7): 20.
29. García M, Nicolau R. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad: La evolución del TDAH del niño a adulto. Adananews. 2004 Diciembre; (6): 5.
30. Bernardo G. Problemas escolares: TDAH y dislexia. Rev Terremotos y soñadores. 2005 Junio; (3): 14-16.
31. Galabarda A, Lo Turco J, Ramus F, Holly R, Rosenglen F. From genes to behavior in developmental dislexia. Nature neurociencia. 2006 Octubre; 9 (10): 1-3.

TABLA 1. GRUPOS DE EDADES Y SEXO.

GRUPO DE EDADES	Masculino		Femenino		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
6 - 11	15	45.5	4	12.1	20	60.6
12 - 17	12	36.3	2	6.1	13	39.4
TOTAL	27	81.8	6	18.2	33	100

GRAFICO 1. ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES (APF).



Fuente: Cuestionario.

TABLA 2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES (APP).

APP	No.	%
Prenatales	15	45.5
Perinatales	20	60.6
Postnatales	4	12.1

GRÁFICO 2. FUNCIONABILIDAD FAMILIAR.

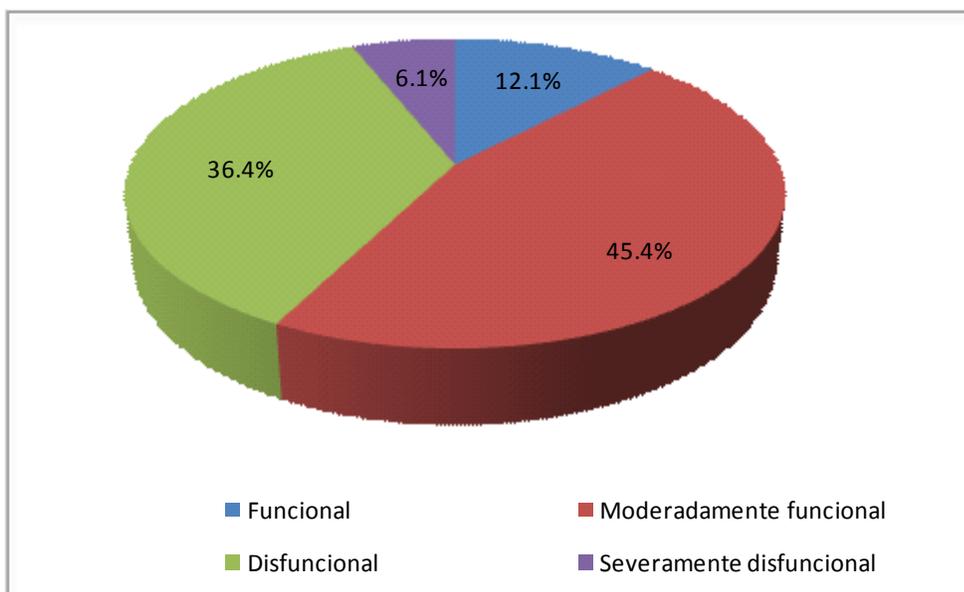


GRAFICO 3. SUBTIPO DE TDAH Y GRUPOS DE EDADES.

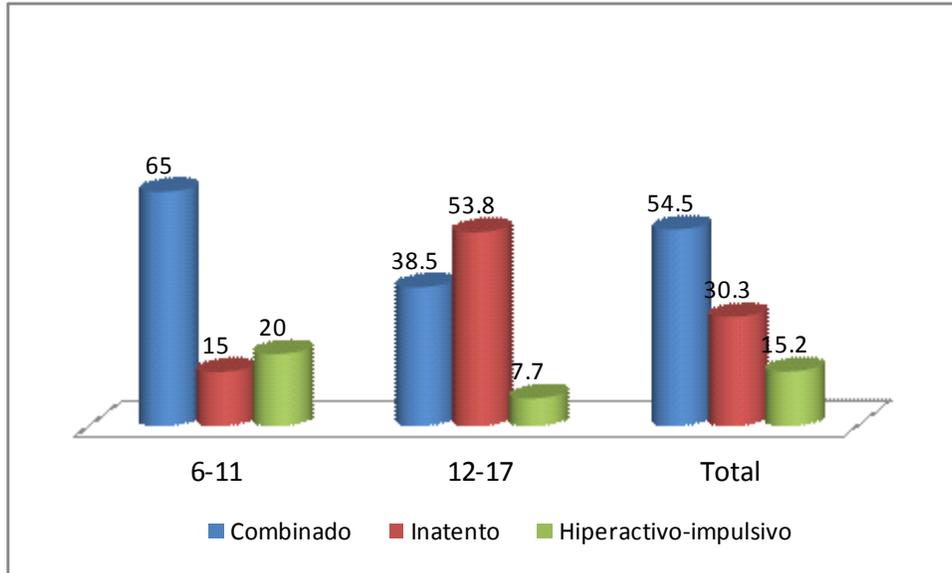


GRÁFICO 4. COMORBILIDAD MAS FRECUENTE.

