

Del Niño Hiperactivo al Adulto Inatento.

Dr. Javier Quintero

Jefe de Psiquiatría. Hospital Infanta Leonor.

Prof. Asociado. Universidad Complutense de Madrid.

Director. Clínica Doctor Quintero. Madrid.

fiquintero@neuroconductual.com

1.- Introducción.

Hoy pocos discuten la existencia del TDAH, entendida como el trastorno de conducta más frecuente de cuantos afectan a los niños, con una prevalencia que oscila según los estudios, entre el 3 y el 7% de los menores en edad escolar. El TDAH viene definido como la presencia de una combinación de síntomas de Inatención, Hiperactividad e Impulsividad en grado disfuncionante. No en vano, a todos los niños les cuesta concentrarse, pero a lo que tienen un TDAH esta dificultad es mayor e interfiere en el resto de sus funciones cognitivas y por ende en el rendimiento. No es menos cierto que todos los niños, son más o menos inquietos, pero los que padecen un TDAH no pueden estar quietos, a pesar de sus intentos, y además de moverse mucho lo hacen de manera inadecuada o en momentos en los que esa actividad es disfuncionante. Y por supuesto que el control de los impulsos es un hito crucial de desarrollo, pero estos niños son notablemente más impulsivos y esta impulsividad, le confiere problemas en su entorno.

Es este concepto, el de la disfuncionalidad asociada a los síntomas, lo que debe definir la presencia o no del trastorno, ya que la mera presencia de los síntomas, no debería ser suficiente, sino se acompaña de alteraciones en el entorno o para el propio sujeto. En este sentido, es habitual encontrar pacientes inteligentes, que van cubriendo sus carencias atencionales, con otras

capacidad cognitivas, que “compensan” otros déficits. Pero esa manera de compensar suele tener fecha de caducidad o lo que es lo mismo, no va a durar eternamente y llegará un momento que no será suficiente para compensar el déficit atencional, o bien el sobreesfuerzo del entorno (habitualmente las madres), consiguen que el rendimiento se mantenga, pero generando una dependencia cada vez mayor del entorno y derivando muy frecuentemente en un clima familiar con elevada tensión.

Hay un interés creciente entorno al TDAH, así en la última década se ha disparado el número de publicaciones e investigaciones entorno a este problema, lo que ha arrojado mucha luz sobre unas creencias o mitos, erróneos, que explicaban el origen del trastorno, se ha mejorado el conocimiento entorno a los diferentes tratamientos, y también sobre la evolución de la clínica a lo largo de la vida, en este sentido se han publicado 2 estudios recientes en revistas de prestigio, que sitúan la prevalencia del TDAH en adultos en alrededor del 2-3%, con lo que entre el 50 y el 65% de los niños con TDAH, evolucionan hacia la persistencia del trastorno.

2.- Lo que hay debajo.

Lo que la biología nos esta enseñando es que el TDAH surge de la convergencia entre la genética y el ambiente, es decir es necesario una base genética que predisponga este trastorno y que el ambiente module la expresión de los síntomas. Además, desde los trabajos de Castellanos en 2002, sabemos que podemos apreciar cambios el cerebro de los pacientes con TDAH, aunque estos cambios sean fundamentalmente funcionales. Así los trabajos de Shaw, nos describen cerebros más inmaduros, entorno a 2 años de diferencia, en regiones prefrontales, o los trabajos realizados por nosotros, que encontraron alteraciones funcionales en las regiones anteriores del cerebro en los pacientes con TDAH, al compararla con controles sin este diagnóstico. Estos datos, hasta la fecha son datos derivados de investigaciones y no tienen una lectura en la clínica, pero nos aportan datos sobre la validez interna del diagnóstico, y quien sabe si en un futuro nos ayudarán en el diagnóstico.

3.- Del Niño “Hiperactivo”, al adulto inatento.

Sin redundar en la clínica del TDAH, sabemos que la expresión de los síntomas va a cambiar a lo largo de la Vida. De manera que en las etapas preescolares lo que va a predominar van a ser las alteraciones conductuales, para compartir espacio con los síntomas relacionados con la inatención en la etapa escolar y en adelante. No podemos olvidar que el TDAH confiere un riesgo evolutivo, así puede condicionar un mayor riesgo de fracaso escolar, durante la adolescencia se ha vinculado con un mayor riesgo para consumo de drogas y cuadros depresivos entre otros problemas.

Pero ¿que ocurre al alcanzar la barrera de los 18 años?, pues hoy sabemos que en un porcentaje importante de los pacientes, el cuadro continúa, aunque la expresión de los síntomas va a ser diferente. No esperamos que en esas edades la hiperactividad se manifieste como en un no parar de correr o trepar cuando esto es inadecuado, sino más bien en una sensación subjetiva de inquietud. En lo relativo al déficit de atención, lo que se va a observar es una dificultad para terminar tareas, dificultades para organizarse, para gestionar el tiempo.... y en lo relativo a la impulsividad, lo que vamos a apreciar será una tendencia a terminar las frases de otros, dificultades para esperar el turno, o en interrupciones a lo demás cuando están ocupados... . En definitiva, los síntomas siguen ahí, pero hay que buscarlos, o más bien interpretarlos de manera adecuada. El arquetipo del TDAH en la infancia no va a ser suficiente para comprender al adulto que padece un déficit de atención.

Por otro lado es cierto que no todos los pacientes van a encajar en un único patrón evolutivo, así podemos dibujar 4 escenarios diferentes. Por un lado, los síntomas pueden desaparecer, alcanzando el paciente una recuperación funcional, lo que sería el estado más deseable, pero no el mas frecuente. Un segundo escenario, nos sitúa ante la persistencia de los síntomas, pero con un adecuado ajuste, es decir la clínica persiste pero no hay disfunción porque el paciente ha ajustado su vida a los síntomas o se ha adaptado a los mismos, con lo que aunque están presentes, no generan disfuncionalidad. Un tercer escenario, donde esta presente de clínica TDAH, con sus disfunciones y sus dificultades, que en muchas ocasiones generan cuadros comórbidos, que son

los que condicionan la consulta. Y por último, la evolución hacia un escenario de comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos más graves que hacen que la clínica TDAH este en un segundo plano.

Para situarnos en estos posibles escenarios evolutivos, hay muchos factores que van a intervenir. Algunos personales, desde la severidad de los síntomas al diagnóstico a otros como la inteligencia del sujeto, que va a compensar ciertos déficits relacionados con el TDAH y por ende tener valor evolutivo. En modelo de soporte en el ambiente, tanto familiar, como social y entre ellos destaca el estilo atribucional que se le aplica al paciente con TDAH y como más determinante el tratamiento que ha recibido en etapas precoces.

4.- El debate.

Durante mucho tiempo se ha puesto en duda aspectos relacionados con el TDAH, e incluso se ha dudado, y en alguna ocasión se sigue cuestionando, su existencia, lo cual hoy es difícilmente sostenible. Se han cuestionado los tratamientos y su seguridad, a pesar de ser de los grupos de psicofármacos más estudiados en niños, lo que no quiere decir que estén exentos de efectos secundarios o adversos, pero cuyos estudios arrojan unos tamaños de efecto muy superiores a otros tratamientos utilizados en la actualidad, con cociente de riesgo/beneficio muy favorable.

Una vez en vías de superación de estos mitos, el debate ha girado hacia el TDAH en el adulto, y así está representado el debate en las revistas científicas y de divulgación en la actualidad. En este sentido, el British Medical Journal ha publicado en abril de 2010 un artículo de opinión centrado en el debate sobre la existencia del TDAH en el adulto, enfrentando los argumentos que defiende y los que niegan la existencia del TDAH en los adultos. Los puntos clave en los que gira el debate, sitúan el déficit de atención en una dimensión normal, es decir donde mucha gente, en algún momento de su vida ha tenido o va a tener dificultades en relación a la concentración, hacen hincapié en el papel de la industria farmacéutica y las altas tasas de comorbilidad en adultos. Pero olvidan que la Hipertensión, por ejemplo, también ha despertado interés en la industria, pero no por ello no deja de existir, y además que el concepto “nuevo”,

data realmente de mas de 1 siglo desde que fue definido por Still. Los estudios de prevalencia son estables en las diferentes muestras estudiadas, y que las bases etiopatogénicas del trastorno, cada vez están mejor definidas. Y sobretodo, el concepto de disfuncionalidad, o lo que es lo mismo un paciente que presenta síntomas o signos que interfieren en su normal funcionamiento, para lo que el profesional debe ofrecer ayuda y soluciones.

5.- Conclusiones.

Los conocimientos avanzan de una manera fulgurante y con ellos la cantidad de información de la que disponemos en general y en particular sobre el TDAH que es lo que ahora nos ocupa. En este sentido cada vez conocemos mejor las bases etiopatogénicas del TDAH, por lo que también se abren puertas a los recursos terapéuticos. Así mismo, los estudios de seguimiento y evolución de los pacientes diagnosticados de TDAH, nos han enseñado que *el principio de conservación de la energía*, también aplica en psiquiatría. Esto es, “la energía ni se crea, ni se destruye, simplemente se transforma”. Pues bien, la expresión del TDAH también cambia con el paso del tiempo, modificándose desde el niño al adulto, lo que no necesariamente sugiere que el TDAH no exista en el adulto porque la hiperactividad observada en el niño, como un exceso inadecuado de movimiento, se exprese como sensación de inquietud interna en el adulto, sino mas bien lo contrario.

La cuestión radica muchas veces en la búsqueda de la solución, nadie encuentra lo que no busca, de esta manera, es complicado que un profesional que no sabe que es la sarcoidosis, la diagnostique y por ende trate una. Los cambios en las ciencias se han ido modulando desde las evidencias científicas, y no desde las creencias personales. Encontramos pacientes con una serie de síntomas, que requieren de una ayuda para resolver sus dolencias, que es lo que debe motivarnos en la actividad clínica diaria.

Referencias.

.- Asherson, P., Moncrieff, J.; Is ADHD a valid Diagnosis en Adults?. BMJ, 3 April 2010

.- Barkley, R.; Murphy, K.; Fischer, M.. ADHD in adults. What the science says. Guilford Press. 2008

.- Biederman, J.; Faraone, S.; Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Lancet. 2005. Jul 16-22; 366 (9481): 237-248

.- Quintero Gutiérrez del Alamo, F.J.; Correas Lauffer J.; Quintero Lumbreras F.J.. Déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. 3ªEd. Editorial Elsevier. Madrid 2009.

.- Quintero Gutierrez del Alamo, F.J. ; Tenemos un niño que tiene TDAH ¿Que necesitamos saber?. Ed. Fundacion Arpegio. 2009