

# Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. COMORBILIDAD (Trastornos asociados)

Dr. Jordi Sasot Llevadot  
Psiquiatra y Pediatra  
Presidente de la Societat Catalana de Psiquiatria Infanto-Juvenil

## **¿Qué es el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad?**

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA-H) es un trastorno neurobiológico complejo y aún insuficientemente conocido.

Aunque los primeros estudios se remontan a la primera mitad del siglo XX, es a partir de 1950 cuando en la literatura científica se identifica a estos pacientes con el nombre de disfunción cerebral mínima, concepto que se modifica a partir de la década de los años 60 con el nombre de hiperactividad, introduciéndose el concepto actual de trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en las clasificaciones DSM a partir de los años 70.

Los síntomas fundamentales del TDA-H son el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad. Aunque....¿siempre van unidos estos síntomas?. Evidentemente el avance científico va permitiendo delimitar subgrupos y con ello facilitar la eficacia terapéutica, así se encuentran identificados el grupo en el que participan los tres síntomas, el de predominio hiperactivo-impulsivo y el de predominio del déficit de atención.

Los síntomas de TDA-H son la expresión final de alteraciones neurobiológicas que nacen fundamentalmente en el córtex prefrontal y los circuitos frontoestriados con lo que se condiciona la regulación de la vigilia, la atención, la actividad y la inhibición, así pues existen alteraciones genéticas, neuroanatómicas, neurobioquímicas y neurofisiológicas parcialmente conocidas que explican la etiopatogenia, la causa de este trastorno.

(Hunt RD et al Pediatric Annuals 2001, Castellanos F.X et al VI Congreso Nacional S.E.N. 2002, Berquin PC et al Neurology 1998).

## **¿Qué les ocurre a estos niños y adolescentes?**

Los síntomas básicos tal y como hemos dicho son el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad.

Para identificar adecuadamente a estos pacientes es aconsejable seguir un protocolo en el que se valora la relevancia del síntoma.

Los criterios hoy en día más utilizados son los DSM-IV-TR de la American Psychiatric Association, no obstante no sería correcto en nuestra práctica clínica especializada el reducir el diagnóstico de un paciente a la exigencia despersonalizada de un texto.

En base a ello será siempre la comprensión global del trastorno la que facilite el diagnóstico. Ahora bien sin dejar de utilizar dichos criterios diagnósticos.

Los criterios DSM-IV-TR exigen el cumplimiento de 6 a 9 variables en déficit de atención y en hiperactividad-impulsividad. Estas son:

#### Déficit de atención

1. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
2. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
3. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
4. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
5. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita, le disgusta dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
7. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
8. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
9. A menudo es descuidado en las actividades diarias.

#### Hiperactividad-Impulsividad

1. A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
2. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
4. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
5. A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
6. A menudo habla en exceso.
7. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
8. A menudo tiene dificultades para guardar turno.
9. A menudo interrumpe o se intermiste en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos).

Asimismo el trastorno debe haber tenido un inicio precoz (anterior a los 7 años), afectar como mínimo dos ámbitos de relación del paciente (habitualmente son la familia y la escuela) y llevar un tiempo mínimo de afectación de seis meses.

#### **¿Cómo diagnosticamos el TDA-H?**

El diagnóstico debe ser siempre multidisciplinario en él, el psiquiatra o el neuropediatra, es decir el médico, debe ser el eje alrededor del cual giren los demás especialistas, el psicólogo y el pedagogo fundamentalmente.

El diagnóstico requiere la capacidad de contactar con el paciente y su familia en los primeros momentos, saber escuchar la demanda es fundamental. Debe también realizarse una anamnesis cuidadosa acompañada de adecuadas entrevistas abiertas y cerradas con padres y maestros, en su valoración son muy útiles los cuestionarios de conducta de Conners, o el CBC de Achenbach, que nos ofrecen habitualmente las primeras pistas en comorbilidad.

Es preciso realizar una completa exploración física que incluya la exploración sensorial y la exploración neurológica.

A nivel psiquiátrico debe realizarse una entrevista personal con el niño o el adolescente, valorando la hiperactividad, el control del impulso, el autoconcepto y la autoestima, las conductas negativistas y desafiantes y las posibles conductas disociales.

Los estudios genéticos, de neuroimagen y neurofuncionales no tienen aún relevancia patognomónica...si bien en un futuro cercano, serán imprescindibles.

Las exploraciones psicodiagnósticas y psicopedagógicas, deben siempre acompañar el estudio de un niño o adolescente TDAH. La exploración psicodiagnóstica debe incluir sendos estudios neurocognitivos (valorando atención sostenida, memoria de trabajo y control ejecutivo) y psicopatológicos, finalmente la exploración psicopedagógica debe identificar el nivel académico y el conocimiento de las técnicas instrumentales escolares.

### **¿Es tan frecuente el trastorno?**

Los estudio epidemiológicos indican que dicho trastorno afecta entre el 3 y el 5% de la población infanto-juvenil (National Institut of Mental Health Bethesda. USA 2002).

Evidentemente el TDA-H es un diagnóstico serio que puede requerir tratamiento a largo plazo con asistencia psicológica y farmacológica y por tanto es importante que el especialista busque primero y trate ante las otras muchas otras causas de estos comportamientos, como así requiere la práctica de un adecuado diagnóstico diferencial con:

- Variantes de la normalidad.
- Trastornos médicos.
- Trastornos del desarrollo.
- Trastornos emocionales-afectivos-conductuales.
- Trastornos ambientales.

(Miller K.J. Castellanos F.X. Pediatrics in Review. 1998).

### **¿El diagnóstico de TDA-H puede acompañarse de otros problemas?**

Evidentemente sí, aquí interviene el concepto de comorbilidad, es decir los trastornos asociados al TDA-H.

En Medicina el hecho de que una parte del organismo sufra una disfunción facilita que esta misma área sufra de otras.

El TDA-H es un trastorno comórbido, es pues decisivo conocer la comorbilidad ya que cada trastorno comórbido puede precisar un tratamiento distinto.

Los trastornos asociados más frecuentes ya fueron estudiados por el Prof. J. Biederman en 1991, publicándose su estudio en el American Journal of Psychiatry. En dicho trabajo se daba relevancia comórbida a los siguientes procesos:

- Trastorno negativista-desafiante.
- Trastorno de conducta disocial.
- Trastornos emocionales.
- Trastornos afectivos.
- Trastornos de aprendizaje.

Ya en nuestro siglo, el National Institute of Mental Health correlacionó los trabajos publicados por el Prof. R.A. Barkley en el J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry en 1998 ofreciendo unos datos relevantes: "Más del 50% de los niños o adolescentes con TDA-H presentan como mínimo un trastorno comórbido "En dicho estudio se concluye que entre el 40-60% de la población TDA-H presenta un trastorno negativista desafiante y el 20-40% un trastorno de conducta disocial, es decir pacientes con alto riesgo de presentar conductas de abuso de sustancias, violencia y delincuencia, así como la presencia de un mayor número de embarazos en adolescentes TDA-H.

Uno de los trabajos más concluyentes en el estudio del TDA-H es el estudio Milwaukee del grupo del Prof. Barkley, publicado en el 2002 recoge el seguimiento de una población de 123 pacientes TDA-H con un grupo control de 60 pacientes sanos desde los 6 hasta los 21 años de

edad, estudio que en su inicio se exigió un criterio selectivo de exclusión: los problemas de conducta.

Las conclusiones del trabajo analizan entre otras variables la comorbilidad de los paciente TDA-H con trastorno de conducta disocial y los comparan con el grupo control. La realidad confirma la teoría, observándose una mayor incidencia de robos, destrucción de la propiedad, crueldad con personas y animales e incendios provocados en la población TDA-H comórbida con trastorno de conducta disocial.

### **¿Qué es el trastorno de conducta negativista-desafiante?**

Este trastorno afecta aproximadamente a la mitad de los pacientes TDAH. Son niños que ya desde su etapa preescolar pueden presentar comportamientos negativistas hostiles y desafiantes durante periodos superiores a seis meses y en los que se producen:

- Crisis de rabietas.
- Discusiones frecuentes con adultos.
- Desafíos y rechazos a la autoridad del adulto.
- Actos voluntarios con el objetivo de molestar.
- Fáciles culpabilizaciones ajenas de sus errores o malos comportamientos.
- Actitudes coléricas y con fácil resentimientos.
- Actitudes rencorosas e incluso vengativas.

Son también niños fácilmente molestados por su grupo social que les pueden acabar rechazando, también pueden ser fácilmente responsables de actos de "bullying", es decir, actos de intimidación física o verbal.

Hay también que destacar que el trastorno de conducta negativista desafiante severo y de inicio precoz es habitualmente el comienzo de un trastorno de conducta disocial en la adolescencia y de un trastorno de la personalidad antisocial en la vida adulta (Moffitt, 2002).

### **¿Qué es el trastorno de conducta disocial?**

Este trastorno que afecta aproximadamente a una cuarta parte de los pacientes TDAH es el trastorno comórbido con peor pronóstico.

Son aquellos adolescentes que presentan conductas que violan los derechos básicos de las personas o bien las normas sociales importantes.

Así pueden agredir a personas o animales, destruir la propiedad, robar o violar gravemente las normas, con lo que son enfermos potenciales delincuentes enfermos.

A este nivel ya en el año 1994 un trabajo publicado por Eyestone y Howeel en el Bulletin of the Am. Acad. Of Psychiatry and the Law, concluía que el 25% de la población presa estudiada presentaba el diagnóstico comórbido de TDA-H y trastorno de conducta disocial y datos cotejados últimamente en Holanda y así presentados por la EFCAP en el último Congreso Mundial de Psiquiatría Infanto-Juvenil celebrado en Berlin en Agosto 2004.

### **¿Pueden presentar trastornos emocionales y/o afectivos los niños y adolescentes TDA-H?**

Evidentemente sí, presentándose con mayor grado de comorbilidad en la adolescencia.

Los trastornos de ansiedad (emocionales) más frecuentes son las fobias, el trastorno de ansiedad generalizado, el trastorno de ansiedad de separación y la ansiedad social.

Los pacientes con fobias presentan en general un menor riesgo de trastornos de conducta asociado al TDA-H, mientras que los pacientes con ansiedad social presentan un peor pronóstico a este nivel (Nigg, 2000).

Hay que destacar que con frecuencia estos niños y adolescentes presentan un mayor déficit de atención que los que no presentan comorbilidad con trastornos emocionales y/o afectivos.

Los trastornos depresivos se presentan con relativa frecuencia en la adolescencia del paciente TDA-H.

La presencia de tristeza/irritabilidad, culpabilidad excesiva, falta de ilusión, fatiga, trastornos del sueño y de la alimentación nos deben hacer pensar en la presencia de un trastorno afectivo.

Es importante controlar el riesgo de suicidio en los pacientes TDA-H con trastorno de conducta disocial que presenten clínica depresiva (Loeber, 2000).

### **¿Qué ocurre con los niños y adolescentes TDA-H que presentan un significativo bajo rendimiento académico?**

Evidentemente el déficit de atención es responsable de "per se" de dificultades de aprendizaje ya desde el final de la etapa preescolar, pero es también frecuente encontrar niños, con los que sus profesores no consiguen la forma de avanzar en el aprendizaje de alguna de las técnicas instrumentales escolares (leer, escribir y calcular). Son pacientes que presentan a nivel comórbido lo que el Prof. J. Artigas denomina desórdenes del aprender.

Según diversos estudios el porcentaje de niños y adolescentes TDA-H que presenta trastorno del aprendizaje alcanza el 60% (Green. M. 1999).

Los trastornos de aprendizaje comórbidos más frecuentes son los trastornos de la lectura, de la escritura y del cálculo, también denominados dislexia, disgrafía y discalculia.

Las dificultades más significativas como factor pronóstico en el aprendizaje escolar, son las lectoras. A este nivel destacan en estos niños la presencia de dificultades en la segmentación fonética (capacidad para descomponer las palabras en sonidos), en la lectura visual (reconocimiento de las letras y palabras por su forma) y en la comprensión lectora.

Los niños TDA-H presentan habitualmente dificultades en sus adquisiciones lectomecánicas (velocidad lectora) sin hacerse excesivamente evidentes las dificultades lectocomprendivas, cuando estas sí se presentan y son relevantes hemos siempre de plantearnos un trastorno disléxico comórbido.

### **¿Qué otros trastornos comórbidos pueden asociarse a TDA-H?**

Destacaríamos los tics, el síndrome de la Tourette (emisión repetida de tics motores y verbales múltiples), el trastorno obsesivo-compulsivo, desórdenes de la comunicación (algunos pacientes TDA-H presentan alteraciones significativas del desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo) y desórdenes del desarrollo de la coordinación.

### **¿Y...porqué se hundió el Titánic?**

Finalmente me gustaría transmitir que el concepto de comorbilidad en el TDAH es pieza fundamental, eje básico sobre el que debe girar su diagnóstico y tratamiento, no podemos quedarnos en una visión reduccionista de diagnóstico único, como así le ocurrió a otro nivel al capitán del Titánic que inmerso en su desconocimiento fue incapaz de valorar aquel trozo de hielo, un iceberg. Recuerden el TDA-H es un trastorno comórbido, es un ICEBERG y de él solo vemos una pequeña parte, pensemos y estudiemos el resto.