

## **TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD EN LOS ADULTOS**

**Doris Ryffel-Rawak. Revista ADANA-News, nº1**

El TDA/H, con una prevalencia del 5%, es uno de los trastornos más observados y diagnosticados en niños y adolescentes. Los síntomas que lo definen son una perturbación en el campo de la atención, en el control de los impulsos y la hiperactividad, y está frecuentemente asociado a la dislexia y/o discalculia. En el 50% de los casos diagnosticados en la niñez y adolescencia, los síntomas suelen perdurar con más o menos severidad hasta la edad adulta –sobre todo la problemática en el campo atencional- cuando las repercusiones se reflejan en las relaciones de pareja, en el campo laboral, en las actividades de ocio... combinándose, muchas veces, con otros problemas psíquicos de índole variada.

Padres de niños con TDA/H frecuentemente recuerdan que ellos presentaron, y presentan, las dificultades y comportamientos, que muestran sus hijos. Éste hecho no debe llamar la atención sabiendo que el TDA/H es un trastorno genético hereditario. Para el diagnóstico del mismo se utilizan los criterios del DSM-IV (Manual Estadístico y Diagnóstico de los trastornos mentales de EEUU) que data de 1994.

Se diferencian tres formas de presentación del trastorno:

- Cuadro completo con síntomas de hiperactividad y desatención.
- Cuadro con déficit de atención sin hiperactividad.
- Cuadro de hiperactividad e impulsividad sin graves problemas atencionales (niños pequeños)

### **Déficit de Atención y desorganización**

Dificultad para el planeamiento y organización de las actividades. Imposibilidad para organizarse de manera independiente y llevar a cabo actividades de manera autónoma. Cuesta prever el tiempo necesario para la realización de trabajos que a menudo quedan a medio hacer. Todas estas dificultades tienen graves consecuencias para las personas que padecen el trastorno: exámenes sin acabar o necesidad de aplazarlos, frecuentes cambios de trabajo... Son olvidadizos, descuidan objetos cotidianos –llaves, lentes, monederos...-, cometen errores por falta de cuidado, no pueden realizar actividades o trabajos que requieran concentración durante largos periodos de tiempo, son soñadores, muchas veces ensimismados, parecen no participar de resto de actividades que les rodean, y la memoria a corto plazo – o “working memory”- no les funciona adecuadamente.

### **Hiperactividad**

La hiperactividad que presentan los niños, normalmente remite cuando son adultos. Sin embargo, las personas adultas con TDA/H describen una intranquilidad interna, como si estuvieran enchufados a la electricidad, incapaces de relajarse, en constante tensión. Las actividades de descanso les resultan aburridas, necesitan bullicio y movimiento para sentirse bien y a gusto. Las actividades que no son inmediatamente recompensadas o recompensadoras, no son de su interés, y el deporte les agrada. El patrón de sueño varía en función de las personas, hay algunas que con cinco horas ya han descansado, y otras que necesitan dormir ocho o más.

### **Impulsividad**

Al igual que los niños los adultos impulsivos tienden a correr riesgos; el ir en moto a alta velocidad, el paracaidismo o el “bungge-jumping”, suelen ser actividades que les llaman la atención.

Tienen reacciones impulsivas -sin premeditación- delante de muchas situaciones; son entrometidos, hablan sin cesar e interrumpen conversaciones, no controlan sus reacciones, no soportan la crítica y son muy vulnerables.

Hay reacciones diferentes por parte de los demás en función de si quién presenta el problema es un hombre o una mujer; a los primeros se les suele disculpar una y otra vez, mientras que a las segundas, no se las comprende.

### **Inestabilidad emocional**

Las personas con TDA/H sufren cambios repentinos de estado de ánimo; los estados depresivos pueden turnarse en euforia por cualquier minúscula razón; una palabra, un gesto, una imagen...

A medida que pasan los años, los estados depresivos toman protagonismo; los pacientes se retraen de la vida social, se desmotivan y les acompaña la desesperación.

### **Diagnóstico**

Para el médico experimentado, el diagnóstico es simple; el historial clínico, la cronicidad y la persistencia de síntomas son claves importantes. En algunos casos, no obstante, supone más dificultades. Como en un rompecabezas, deben considerarse diferentes factores. Es imprescindible obtener información de las personas cercanas al paciente; el/la cónyuge, los padres, otros familiares cercanos o el mismo árbol genealógico familiar (que muchas veces constata la presencia del trastorno en otros miembros). Los cuestionarios, las experiencias diarias en la escuela y el coeficiente intelectual, suponen una ayuda adicional para establecer el diagnóstico de manera más correcta. Con todo, un examen médico completo es fundamental. Los adultos con TDA/H suelen padecer otros trastornos mentales añadidos o comórbidos. Los más frecuentemente asociados son la depresión, el trastorno maníaco-depresivo, la ansiedad y el trastorno obsesivo-compulsivo, presentando así un mayor riesgo hacia el abuso de sustancias psicoactivas o de alcohol.

Todo lo mencionado hasta el momento nos indica que para llegar a realizar un diagnóstico válido hay que evaluar los diferentes síntomas, tanto los propios del TDA/H, como los asociados a otras patologías. Un ejemplo: Las personas que sufren TDA/H, fluctúan, sin tener un autodomínio de ellos, entre estados depresivos y eufóricos, que como consecuencia les conduce hacia una autoimagen negativa, a dañar su confianza y al retraimiento social.

A modo de resumen es imprescindible remarcar que el TDA/H es un trastorno muy complejo, caracterizado por problemas de desatención, hiperactividad e impulsividad, pero que además puede acompañarse por síntomas de otros complejos patológicos. El "Goldstandard" para el diagnóstico de TDA/H siempre son los criterios DSM-IV, y la condición "sine qua non" para su correcta determinación es el comienzo en la infancia, la cronicidad y la persistencia de los síntomas durante toda la vida.

### **Etiología**

Aún no se ha comprobado de manera concluyente un encadenamiento causal de los factores del TDA/H, pero los estudios realizados durante los últimos 30 años, muestran un fundamento biológico del trastorno. Des del punto de vista neuroquímico, los estudios realizados con Tomografía de Emisión de Positrones (TEP), han señalado que el metabolismo de la glucosa esta especialmente reducido en las áreas del lóbulo frontal y del estriado en pacientes con TDA/H. A su vez, los neurotransmisores implicados en el trastorno son la Noradrenalina, que determina el nivel de excitabilidad y de orientación hacia los estímulos, y la Dopamina, relacionada con el control de la actividad motora. En las personas que no presentan el trastorno, ambos neurotransmisores trabajan de forma conjunta para lograr un adecuado nivel de atención, control inhibitorio y planeamiento del comportamiento motor; que en los pacientes con TDA/H muestran una compleja desregularización. El efecto terapéutico de las anfetaminas, señalan hacia la misma dirección.

Des del punto de vista neuroanatómico, los estudios anatómicos mediante Resonancias Magnéticas (RM), han confirmado que los pacientes con TDA/H presentan disminuciones cuantitativas de masa neural en el Núcleo Caudado, el Globo Pálido y en el Cuerpo Calloso.

Finalmente interesa la perspectiva genética, la cual indica que el TDAH es altamente hereditario; en familias de miembros con TDA/H, el trastorno es hasta cuatro veces más frecuente que en la población general, aumentando mucho más cuando se trata de gemelos monocigóticos. Estos estudios indican, en un 60% de los casos, una anomalía en el gen D2, responsable de codificar los receptores de la Dopamina. Resultados similares se han descrito en el caso de alcohólicos, adictos a la cocaína, personas con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y con Trastorno de Gilles de la Tourette.

### **Tratamiento**

El tratamiento de elección en niños y adultos con TDA/H es la medicación estimulante, que en el 90% de los casos, y estimulando la actividad de los neurotransmisores, mejora la perfusión sanguínea de Ganglios Basales y de los Lóbulos Frontales. Añadido a la medicación es importante explicar el trastorno al paciente y llevar a cabo un tratamiento psicológico. La orientación conductual puede ser de gran ayuda, donde el terapeuta adquiere el rol de "coach" o entrenador del paciente. Es fundamental individualizar o personalizar el tratamiento a cada paciente, ya que no hay reglas generales para todos. En cada caso se evaluará la dosis de estimulantes necesaria, la forma de llevar a cabo la terapia psicológica y la duración de la misma. La presentación de trastornos comórbidos, hace necesario el uso de otros fármacos, siendo los antidepresivos de última generación una opción muy efectiva.

Dr. med. Doris Ryffel-Rawak