

Síndrome de déficit de atención sin/con hiperquinesia. Evolución temporal y comorbilidades

Tito Antonio Rosan¹

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 15, Nº 3, marzo de 2009, págs. 192 a 195.

Partiendo del concepto de que el *AD/HD* es un síndrome crónico que abarca toda la extensión de la vida, es claramente importante detenernos en dos aspectos clínicos de relevancia:

- 1- la "evolución temporal" del síndrome.
- 2- las "comorbilidades" que suelen acompañar al síndrome.

Los aportes que intentamos dar en esta exposición, son el resultado de la casuística que provee la observación de los pacientes en la práctica de la clínica psiquiátrica.

Evolución temporal del AD/HD

La atención y seguimiento longitudinal de los niños diagnosticados como AD/HD muestra que el cuadro clínico puede encauzarse en tres direcciones:

A-*persistencia* de los síntomas propios del AD/HD.

B-*mutación* del cuadro clínico inicial hacia un síndrome de mayor complejidad.

C-*aparición posterior de comorbilidades* de diversas características.

En orden a nuestra experiencia personal, consideramos que sólo un 30% (aproximadamente) mantiene "intacta" la sintomatología propia del síndrome. Esto es, siguen siendo niños en los cuales la deficiencia atencional, la impulsividad, la hiperquinesia, la torpeza motora, etcétera, con su correspondiente correlato en un bajo rendimiento académico, subsisten cualitativamente sin cambios. En ellos sólo alcanzaremos a observar modificaciones en la intensidad de los mismos, seguramente por acción de la terapéutica instituida. Pero los síntomas siguen siendo -en cuanto a su cualidad o atributos- propiamente los mismos. Luego, cada uno de los síntomas adquiere un curso particular, que se traducirá en grados variables de mejoría para cada uno de ellos. Estamos aquí en el terreno de la lucha del equipo de salud, padres y docentes, contra un trastorno definido en el cual sólo influyen dos parámetros: el "terreno" psicobiológico del paciente por un lado, y el esquema terapéutico aplicado por el otro. Lo que llamo "terreno psicobiológico" es aquello que determina la respuesta al tratamiento, es decir la mayor o menor resistencia intrínseca del cuadro clínico, mientras que el "esquema terapéutico" instituido establece el grado de eficacia, en orden a revertir los síntomas. Estos dos parámetros tendrán segura influencia, a mediano

¹ Médico - Especialista en Psiquiatría, CCPM. Co-Fundador y Ex-Presidente de la "Fundación para la Investigación del Déficit Atencional e Hiperquinesia". Miembro de la Sección "Clasificación, Asesoramiento Diagnóstico y Nomenclatura" de la World Psychiatric Association. Email: titorosan@fibertel.com.ar

y largo plazo, en la configuración que adquirirá el AD/HD -como padecimiento crónico- en el adulto.

Sin embargo, la mayoría de estos pacientes, prácticamente dos de cada tres, evolucionarán de tal modo que el cuadro clínico del AD/HD quedará "desdibujado" o con características de mayor complejidad, por la instalación de nuevos síntomas no pertenecientes al cuño natural del síndrome.

El primero de estos fenómenos, al menos en la secuencia etaria (cronológica), es la modificación de la clínica del AD/HD por un proceso de transformación sintomática, que se me ha ocurrido denominar "mutación". Entiendo que el verbo mutar es el que mejor se atiene a lo que pretendo describir. No es para nada infrecuente que un niño inicialmente diagnosticado como AD/HD, en razón de reunir los criterios para esa cualificación, va presentando progresivamente nuevos síntomas que exceden la órbita del cuadro clínico de este trastorno. Es así como vemos que el niño adquiere actitudes, primero opositoras y negativistas, luego desafiantes, que van modelando una conducta francamente perturbadora. Casi al mismo tiempo o poco después, la agresividad "reactiva" del niño -hasta ahora AD/HD- comienza a mostrar características más desaprensivas y/o violentas, indicativas de una matriz "primaria" (no reactiva) de la misma. En ningún momento de esta evolución, a veces de rápida progresividad, puede hacerse un corte transversal para calificar el cuadro del paciente con el diagnóstico categorizado como Trastorno Negativista Desafiante por el DSM-IV-TR. Esta transformación sintomática o mutación suele llevar no menos de dos o tres años (generalmente más) y conduce, casi siempre, a la instalación de una sintomatología que exige una adecuación diagnóstica: el Trastorno Disocial (Conduct

Disorder) de dicho Manual, con una distorsión o desaparición casi total de los síntomas típicos del AD/HD. Esto último hace que no pueda hablarse de <comorbilidad>, ya que el Síndrome de Déficit Atencional queda subsumido por el Trastorno Disocial.

En este momento es necesario hacer una discriminación clínica entre la agresividad en el niño con AD/HD y la agresividad en otros trastornos de la niñez, como es el caso del Trastorno Disocial. Lamentablemente esta diferenciación -que requiere cierta delicadeza en la observación y conocimiento de la conducta del paciente- no siempre es tomada en cuenta y, por ende, no es buscada en orden a constatar dicha distinción.

En el niño que padece AD/HD sin comorbilidad agregada, la agresividad irrumpe casi siempre ante alguna de las siguientes circunstancias:

a) Es "reactiva" con respecto a situaciones que le son adversas: rechazo de sus compañeros, agresión de otro niño, burlas hirientes, su propia impulsividad e hiperquinesia que irrita a los demás niños generando actitudes hostiles, etcétera;

b) Es "consecuencia" de una frustración que se le hace insoportable (una más de las tantas que ha sufrido), revirtiendo un impulso autopunitivo en acción contra un tercero.

De aquí se infiere que la agresividad del niño con AD/HD no es inherente a la expresión sintomática propia del síndrome, sino que es un epifenómeno emergente de su condición de niño en desventaja, y por ende de escaso relieve para la conformación del diagnóstico. Luego, podemos afirmar que se trata -por así decirlo- de una agresividad secundaria, es decir no producida por el sustrato neurológico del trastorno, como lo son los síntomas principales: atención deficitaria, hiperquinesia e impulsividad y los restantes síntomas.

En oposición a lo expresado, en otros trastornos de la niñez y de modo singular en el Trastorno Disocial, la agresividad adquiere una dimensión egregia que muchas veces es casi definitoria para concluir un diagnóstico. En estos casos el comportamiento agresivo representa "un patrón característico" de índole recurrente que, de algún modo, impregna la totalidad del cuadro clínico. Los niños con Trastorno Disocial presentan una agresividad de emergencia espontánea, sin estímulo o causa externa que induzca o provoque su aparición. Es así como estos niños son capaces de proferir amenazas o ejecutar acciones intimidatorias que atemorizan a sus compañeros y de consumir agresiones verbales y/o físicas, sin la existencia de circunstancias causales o desencadenantes que pudieran explicar tales acciones. Estas características enmarcan una modalidad agresiva de tendencia más o menos destructiva, revelando diversos grados de discapacidad social. Estamos, así, en condiciones de afirmar que la agresividad que manifiestan estos niños es -siguiendo el lineamiento planteado- una agresividad primaria, queriendo significar con esto que se trata de un elemento sintomático "intrínseco" del cuadro clínico de los mismos y por tanto de notable importancia para la definición diagnóstica.

Me interesa destacar que el diagnóstico inicial fue AD/HD, correctamente realizado en función de los criterios aceptados. Por este motivo, hago mención de una transformación sintomática o mutación, aunque también es factible interpretar este fenómeno clínico como una forma de comienzo de dicho trastorno conductual. La casuística que llevo indica que estos casos representan un porcentaje de entre el 5% y 10% de los niños diagnosticados como AD/HD.

AD/HD y comorbilidades

El tercer grupo y ampliamente más numeroso está constituido por aquellos pacientes con diagnóstico inicial de AD/HD que, con el transcurso del tiempo y diferente remisión sintomática en función de las terapéuticas aplicadas, desarrollan síntomas correspondientes a otra categoría diagnóstica. Importa insistir que en estos pacientes los síntomas del AD/HD persisten con variada intensidad y polimorfismo, ajustados a la edad del individuo. Si la remisión del cuadro clínico inicial es lo suficientemente marcada, puede ocurrir que la morbilidad agregada conforme una especie de manto que vela o enmascara el AD/HD en magnitud variable. Los trastornos más comúnmente asociados al AD/HD, en cuanto comorbilidades, son:

A-Trastornos del Estado de Ánimo

Distimia

Depresión Recurrente

Trastorno Bipolar

B-Trastornos de Ansiedad

Trastorno de Angustia (con/sin agorafobia)

Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social)

Fobias Específicas (particulares)

Trastorno de Ansiedad Generalizada

C-Trastornos por Abuso de Sustancias

Etilismo

Abuso/Dependencia de Sustancias (drogas ilícitas y otras)

Abuso y/o Adicción a Fármacos

D-Trastornos por Tics

Tics Motores Simples y Complejos

Tics Fónicos Simples y Complejos

E-Trastorno Obsesivo-Compulsivo

F-Trastornos del Sueño

Dificultad Diurna para Mantener el Alerta (Hipersomnia)

Insomnio de Conciliación

Dificultad para Despertarse

La "distimia" es, por lejos, la comorbilidad más frecuente en estos pacientes. La característica esencial de este trastorno es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día, casi todos los días, sin períodos de remisión o con remisiones que no superan los dos meses, durante al menos dos años (DSM-IV-TR). Los sujetos describen su estado de ánimo como "triste" o "desanimado". En los niños el estado de ánimo puede manifestarse como irritable más que depresivo y la duración mínima para hacer el diagnóstico es de un año. Otros síntomas de este cuadro son los trastornos del apetito (pérdida o aumento) y del sueño (insomnio o hipersomnía o sueño intermitente), falta de energía o fatiga (cansancio fácil) y dificultad para concentrar la atención (coincidente con el síntoma cardinal del AD/HD). La baja autoestima es como una rúbrica de este trastorno del ánimo, acompañada de sentimientos de desesperanza e inutilidad, pesimismo y escasas habilidades sociales.

El Trastorno de Ansiedad Social o Fobia Social tiene como característica esencial un miedo persistente y acusado a enfrentar situaciones sociales o actuar en público por temor a protagonizar sucesos insoportables. La exposición a estos estímulos produce casi invariablemente en el individuo una inmediata respuesta de ansiedad. Por este motivo, asumen conductas evitativas de las situaciones sociales o actuaciones en público o bien, las soportan experimentando un gran temor rayano al terror.

El Abuso de Sustancias se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de sustancias ilícitas u otras, manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con ese consumo abusivo (DSM-IV-TR):

*incumplimiento de obligaciones laborales, familiares y/o académicas;

*consumo recurrente de sustancias en situaciones potencialmente peligrosas (al conducir un vehículo, por ejemplo);

*repetido problemas legales relacionados por el abuso de sustancias (por ejemplo: arrestos por comportamientos perturbadores o escandalosos);

*consumo continuado de sustancias a pesar de tener problemas sociales o interpersonales (por ejemplo: discusiones con el cónyuge y/o violencia física).

La Dependencia de Sustancias tiene como característica esencial la existencia de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo sustancias, a pesar de la aparición de importantes problemas relacionados con dicho consumo (DSM-IV-TR). Estas personas presentan un patrón de repetida autoadministración de sustancias por ingestión compulsiva de las mismas, que con frecuencia lleva a la tolerancia y a la abstinencia. La tolerancia se define como una necesidad de crecientes cantidades de una sustancia para conseguir el efecto deseado, o bien por el hecho de que el efecto de las mismas cantidades de una sustancia disminuye claramente con su consumo continuado. La abstinencia es definida por la manifestación de un síndrome específico de una sustancia, debido a la suspensión o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades, generando un malestar clínicamente significativo y/o un deterioro de la actividad laboral, sociofamiliar o en otras áreas.

Por último, importa enunciar que la evolución del AD/HD, signada por la cronicidad y las comorbilidades, determina en las personas que lo padecen un estilo de vida desorganizado y un patrón de inconsistencia en sus actividades e intereses, lo cual fácilmente las expone a frecuentes dificultades y repetidos fracasos.