



## Cartas al Editor

En este espacio publicamos las cartas o e-mails que los lectores envíen a nuestro Comité editorial. Pueden hacernos llegar sus cartas al e-mail: [mpaejournal@idefiperu.org](mailto:mpaejournal@idefiperu.org)

### Diagnóstico del trastorno de déficit de atención con hiperactividad en Atención Primaria.

### Diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder in Primary Health Care.

Sr. Editor,

Por mucho tiempo se ha ignorado la importancia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la práctica clínica, especialmente en el primer nivel de atención médica. Sin embargo, este es un problema que afecta al 8-10% en niños en edad escolar, y se encuentra presente en un 30-50% de los niños que acuden a un servicio de neurología o psiquiatría infantil. Además, aunque millones de personas en el mundo son afectadas, son pocos los pacientes que se benefician de los tratamientos adecuados y oportunos [1].

El Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM IV) describe al Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)—un problema que afecta a niños, adolescentes y adultos— como un patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad e impulsividad más severa y persistente de lo que se observa en el desarrollo normal. Se ha encontrado que este problema persiste en alrededor de 40-70% de los adolescentes y en más de la mitad de los adultos [1].

Aunque el TDAH tiene causas multifactoriales, las bases biológicas son actualmente las más estudiadas [2]. Así, respaldando una etiología neurobiológica, se ha sugerido la existencia de anomalía en las conexiones fronto-estriatales, debido a que en estos niños el metabolismo de la actividad noradrenérgica-dopaminérgica se encuentra disminuido en la corteza frontal

(noradrenérgica) y sobre el estriado (dopaminérgicas). (3,4). En la actualidad algunos de los mecanismos fisiopatológicos que envuelven al TDAH han podido ser conocidos a través de múltiples estudios farmacológicos [3]. Así, la principal hipótesis sobre los mecanismos de acción de los fármacos estimulantes en los niños con TDAH es que la baja excitación con una estimulación compensatoria produce la hiperkinesia como rasgo de este síndrome y quizás el metabolismo de la actividad adrenérgica en la formación reticular de los pedúnculos cerebrales y los ganglios basales se encuentran disminuidos [4,5].

El DSM-IV propone un conjunto de criterios para el diagnóstico del TDAH los cuales se muestran en el Cuadro 1. Es importante considerar que la conducta hiperactiva puede estar presente en múltiples trastornos internalizados y externalizados. En el TDAH los síntomas predominantes son: inatención, inquietud e impulsividad. El mismo DSM-IV codifica el TDAH en cuatro tipos: Con predominio de inatención, el cual que representa el 27% de los casos, el TDAH con predominio hiperactivo impulsivo se presente en el 18% de los casos, y el mixto, que es más el de mayor frecuencia y representa el 55% de los casos y el TDAH no especificado que es bastante infrecuente. Los síntomas pueden variar dependiendo de la frecuencia de la ocurrencia de los síntomas, del grado de deterioro



en el funcionamiento y la severidad del trastorno [6,7]. Es especialmente difícil establecer este diagnóstico en niños de edad inferior a los 4-5 años, porque su comportamiento característico es mucho más variable debido a manifestaciones normales del desarrollo, que los niños de más edad [7,8].

Es importante difundir la frecuencia de este problema entre los médicos de Atención Primaria para favorecer un diagnóstico oportuno y mayor calidad de vida para los niños, adolescentes y adultos que portan este problema de salud [8].

Indira Indiana Cabrera Abud Alum.  
Med.(1), Rafael Bustos Saldaña Méd.  
Dr., MF, Mag. Cienc. (2),

*Programa de pre-grado en medicina del Centro Universitario del Sur de la Universidad de Guadalajara (1). Jefatura de Educación e Investigación en Salud del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.9 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Universitario del Sur de la Universidad de Guadalajara (2).*

Cuadro 1. Criterios para el diagnóstico de TDAH según el Manual DSM IV

Criterios diagnósticos
<b>A. Cumple criterio 1 ó 2</b> (1) seis o más de los siguientes síntomas de desatención han permanecido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación al nivel de desarrollo.
<b>DESATENCIÓN</b>
-A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido de las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
-A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
-A menudo parece no escuchar cuando se la habla directamente.
-A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos y obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o incapacidad para comprender instrucciones).
-A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
-A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
-A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
-A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
-A menudo es descuidado en las actividades diarias.
<b>(2) seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad impulsividad que han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación al nivel de desarrollo.</b>
<b>HIPERACTIVIDAD</b>
-A menudo se mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
-A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones que se espera que permanezca sentado.
-A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.
-A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
-A menudo está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor.
-A menudo habla en exceso.
<b>IMPULSIVIDAD</b>
-A menudo precipita las respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
-A menudo tiene dificultades para guardar turno.
-A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.
<b>B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estabas presentes antes de los 7 años de edad.</b>
<b>C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes.</b>
<b>D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.</b>
<b>E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.</b>

## REFERENCIAS

- (1) Higuera- Romero F, Pella- Cruzado V. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Revisión de conocimientos actuales. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2004; 2 (1): 37-44.
- (2) Dougherty DD, Bonab AA, Spencer JJ, Rauch SL, Madras BK, Fischman AJ. Dopamine transporter density in patients with attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 1999; 354 : 2132-3.
- (3) Castellanos FX, Elia J, Kruesi MJ, Gulotta CS, Mefford IN, Potter WZ, et al. Cerebrospinal fluid monoamine metabolites in boys with attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Res*. 1994; 52 (3): 305-16.
- (4) Ortiz LS, Medrano J, Leonila A. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad en estudiantes universitarios. *Rev Fac Med UNAM*. 2007; 50 (3): 125-7.
- (5) Castellanos FX, Elia J, Kruesi MJ, Marsh WL, Gulotta CS, Potter WZ, et al. Cerebrospinal fluid homovanillic acid predicts behavioral response to stimulants in 45 boys with attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychopharmacology*. 1996; 14 (2): 125-37.
- (6) Cantwell. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35 (8): 978-87.
- (7) First MB. *DSM IV Manual Diagnostico Y Estadístico De Trastornos Mentales*. Barcelona: Edit. Masson; 2002.
- (8) Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a life-span perspective. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59 (Suppl 7): 4-16.