

Déficit de Atención en Adultos

Déficit de Atención en Adultos

Katherine E. Vergara P.

Esp. Neuropsicología Clínica

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno de conducta más frecuente en la infancia y se estima que afecta al 3-7% de los niños en edad escolar. Aunque los estudios clásicos señalaban la remisión al llegar a la edad adulta, los estudios de seguimiento de cohortes han mostrado en un alto porcentaje de casos el mantenimiento de los síntomas durante la adolescencia y la edad adulta. Así, se estima que entre el 30 y el 70% de los niños con TDAH en la infancia continúan presentando síntomas durante la adultez. Hay estudios que estiman que la prevalencia del TDAH en la población general se encuentra en torno al 1-2% , mientras que otros plantean que un 2,9% de la población adulta presenta el diagnóstico de TDAH y alrededor del 16% tiene síntomas de dicha patología. En una investigación realizada por González y cols. (2007), en Latinoamérica reportan que el TDAH es el diagnóstico neurológico más frecuente en los servicios de Atención Primaria de Chile. De igual manera, informan que afecta hasta un 20% de los niños en edad escolar, existiendo comunicados que la mitad de ellos seguirá presentando síntomas significativos durante su vida adulta. El mantenimiento de los síntomas de TDAH durante la vida adulta tiene consecuencias en la vida diaria que pueden oscilar desde olvidar cosas importantes para el trabajo o la actividad habitual, hasta graves

dificultades en el manejo y organización de tareas domésticas.

En muchos casos los adultos con TDAH pueden ser considerados como perezosos, poco motivados o con hábitos de trabajo ineficientes. A menudo tienen cambios bruscos de humor, aburrimiento, irritabilidad e inseguridad. Sus dificultades para el control de impulsos hacen que frecuentemente cambien de trabajo, de pareja y amigos. En resumen se ha asociado a un mayor riesgo de fracaso estudiantil, desempleo, divorcio, embarazos no deseados, disminución de la autoestima, enfermedades de transmisión sexual, accidentes de tránsito, abuso de sustancias, bajas remuneraciones y problemas legales.

Para el diagnóstico de TDAH, según el DSM-IV, se exige la presencia de criterios de desatención y/o hiperactividad-impulsividad significativa, persistente, de inicio en la infancia y de magnitud suficiente para afectar la interacción social y el rendimiento académico o laboral del individuo. Dentro de los criterios de desatención destacan: cometer errores frecuentes por descuido, la dificultad para mantener la atención, no escuchar cuando se le habla, la inconstancia, la dificultad para organizarse, la evitación de actividades que requieran esfuerzo mental sostenido, el extravío habitual de objetos, la distracción por estímulos irrelevantes y la falta de aplicación en las tareas

Déficit de Atención en Adultos

habituales. Por otro lado, los criterios de hiperactividad/ impulsividad incluyen: la hiperactividad motora, la dificultad para permanecer en un determinado lugar, los sentimientos subjetivos de inquietud, la incapacidad para relajarse, la sensación de estar impulsado por un motor, la verborrea, la precipitación al contestar, la impaciencia y la tendencia a interrumpir a los demás. De acuerdo con el predominio de los síntomas de algunos de los grupos, el TDAH se clasifica como de predominio déficit de atención, predominio hiperactivo/impulsivo o tipo combinado.

En este seminario se presenta el resumen de dos investigaciones, con el fin de, en un primer lugar, identificar las características de la población que puede consultar en una Unidad de Memoria como en la que trabajamos, y en segundo lugar describir el perfil cognitivo que se suele encontrar en pacientes con diagnóstico de TDHA, que pueden haber sido o no diagnosticados en la infancia.

En el estudio realizado por González y cols (2007), se destaca que la mayoría de las series de pacientes adultos con TDAH comunicadas en la bibliografía son poblacionales o psiquiátricas, no encontrándose descripciones en Unidades de Memoria. Dado que la atención es un requisito previo al almacenaje de información, cabría esperar que las quejas de memoria fueran un síntoma frecuente entre estos pacientes, constituyendo quizá una subpoblación con características diferentes a los que consultan por alteraciones conductuales o abuso de sustancias. Así, en la Unidad

de Memoria de la Universidad Católica de Chile, el TDAH se diagnostica con frecuencia, observándose un aumento en la proporción de consultas desde un 5% en 2002 hasta un 30% en 2005. En dicha investigación se plantearon los siguientes objetivos:

- Describir las características de los pacientes adultos con TDAH que consultan en una Unidad de Memoria,
- Establecer el perfil de manifestación de la TDAH del adulto para ambos sexos
- Objetivar la presencia de factores descompensadores en los pacientes nuevos diagnosticados con TDAH del adulto en una Unidad de Memoria.

En el estudio incluyeron un total de 86 pacientes. El promedio de edad fue de 37 años y de educación 16 años, no observándose diferencias por sexo. Respecto al estado civil, la mayoría estaban casados, confirmándose una mayor proporción de mujeres solteras y hombres separados. Diseñaron un protocolo de evaluación, constituido por una escala demográfica autoaplicativa y la ASRS (*Adult ADHD Self Report Scale*), lo cual fue administrado a todos los pacientes nuevos, diagnosticados como TDAH, que consultaron durante el año 2004 en la Unidad de Memoria del Departamento de Neurología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El diagnóstico fue realizado por un

Déficit de Atención en Adultos

neurólogo experto sobre la base de los criterios del DSM-IV. Dentro de los resultados se describe que el porcentaje de pacientes con diagnóstico de TDAH previo fue significativamente mayor en hombres que en mujeres ($p = 0,04$) y el antecedente de TDAH en familiares de primer grado fue señalado en el 59% de los casos, siendo la proporción similar para ambos sexos. De igual manera, el antecedente previo de TCE o fractura fue más frecuente en hombres que en mujeres, sin alcanzar significación estadística. En cuanto al tipo de TDAH, hubo una mayor proporción del combinado, en segundo lugar el predominantemente atencional y en menor proporción, predominio hiperactivo/impulsivo. Los síntomas más relevantes en el momento de la consulta fueron la alteración de memoria y la distracción, mientras que la impulsividad se comunicó con mayor frecuencia en hombres que en mujeres. La presencia de un factor que pudo haber descompensado el TDAH, motivando así la consulta, fue significativamente más alta entre las mujeres (73 frente a 48%, $p = 0,02$), siendo los factores estresantes más frecuentemente informados la depresión en el sexo femenino y el aumento de la carga laboral o estudiantil en el masculino. También se reportó el aumento de responsabilidades familiares (p. ej., matrimonio, divorcio, nacimiento de un hijo) como un factor frecuente. Por otro lado encontraron una elevada comorbilidad psiquiátrica, especialmente con trastornos del humor, lo cual se ha evidenciado en múltiples estudios, tanto en niños como en adultos y explican que aunque constituye un tema controvertido,

la evidencia disponible sugiere que la depresión no sólo es secundaria a las consecuencias del TDAH, sino que habría una mayor susceptibilidad genética a padecerla. Finalmente en este estudio indican que algunos pacientes informaron el trastorno amnésico como de inicio reciente y sólo en la entrevista dirigida reconocieron los síntomas crónicos de desatención e impulsividad. En dichos casos se debe plantear el diagnóstico diferencial con deterioro cognitivo leve. La evaluación neuropsicológica no siempre logra diferenciar ambos cuadros clínicos, ya que el TDAH también puede generar patrones de rendimiento cognitivo alterados. En estos casos indican que, la edad menor a 50 años, la ausencia de enfermedades metabólicas o lesiones cerebrales, la respuesta favorable a tratamientos farmacológicos específicos del TDAH y el seguimiento psicométrico que no muestre deterioro progresivo en el tiempo, son elementos de juicio necesarios para establecer el diagnóstico definitivo.

En vista que caracterizar el perfil cognitivo ayuda a establecer el diagnóstico definitivo, se consideró importante presentar la investigación llevada a cabo por Rodríguez y cols. (2006) en donde destacan que la mayor parte de los estudios se ha realizado en población infantil, y estos han descrito un patrón de alteración frontoestriada. Esto implica disfunción en regiones y estructuras fundamentales en las funciones ejecutivas, control de la impulsividad, procesos de atención y búsqueda de recompensa. De igual

Déficit de Atención en Adultos

manera exponen que el hecho de que las capacidad de inhibición (así como la mayor parte de las funciones ejecutivas) se adquieran de manera progresiva desde la infancia hasta la adolescencia, es una posible explicación al fenómeno que se observa en donde parte de los niños diagnosticados con TDAH mejoran cuando llegan a la adultez.

Entre las medidas de funciones ejecutivas más estudiadas en los adultos con TDAH, y en las que se han encontrado alteraciones, se encuentran: respuesta de inhibición, flexibilidad cognitiva, planificación, fluidez verbal y memoria de trabajo.

Inhibición

La respuesta de inhibición implica tres elementos: la inhibición de la respuesta en marcha, la inhibición de la respuesta prepotente y la inhibición de la interferencia. Los dos primeros se evalúan a través de las tareas de la señal de *stop* y *go/no go*. Mientras que la inhibición de la interferencia con la tarea de Stroop. Otras pruebas utilizadas para medir la respuesta de inhibición son el CPT, las tareas de *priming* negativo y la tarea de orientación visual de Posner.

Flexibilidad Cognitiva y Capacidad de Planificación

El test típicamente empleado para la evaluación de la flexibilidad cognitiva y la capacidad de planificación es el WCST. Los adultos con TDAH, tienen una peor ejecución y hay un mayor número de errores perseverativos en comparación con los controles sanos, además de un incremento de dichos errores cuanto

mayor es el número de síntomas del TDAH. Sin embargo, no todos los estudios encuentran diferencias entre adultos con TDAH y controles sanos.

Otra de las tareas utilizadas para la evaluación de la capacidad de planificación es la Torre de Hanoi o su variante, la Torre de Londres; en donde se han encontrado diferencias entre sujetos adultos con TDAH y los controles en ambas pruebas, sobre todo en la cantidad de pasos que se requieren para completar la tarea.

El *Trail Making Test* (TMT) permite la evaluación de la coordinación visomotriz, la velocidad de procesamiento, la atención dividida, la inhibición de la respuesta preponderante en ese momento y la alternancia de respuestas. Para la evaluación de la flexibilidad mental, la medida más utilizada es la resta del tiempo empleado en la parte B al utilizado en la parte A. En adultos con TDAH se han encontrado mayores tiempos de realización en ambas partes (aunque de manera más consistente en la parte B) que en los controles sanos. Sin embargo, aunque existan diferencias con los controles sanos, los resultados obtenidos por los adultos con TDAH pueden encontrarse dentro de los valores considerados normales para la población de referencia

Fluidez Verbal

Los tests de fluidez verbal demandan al sujeto la generación de palabras en función de una clave fonológica o semántica. Además evalúan el control atencional y la

Déficit de Atención en Adultos

flexibilidad mental, puesto que se precisa el mantenimiento de las 'reglas' de la tarea así como el mantenimiento en la memoria de trabajo de los elementos ya dichos. También requiere la capacidad de cambiar de categoría, de la previamente requerida a la actual. En TDAH, existe una tendencia en el APC a presentar una menor puntuación total (generan un menor número de palabras). Aunque existen estudios que no encuentran este efecto, los estudios de metanálisis evidencian una clara fiabilidad y sensibilidad a la hora de diferenciar a los sujetos adultos con TDAH de los controles, tanto en pruebas de fluidez semántica como fonológica.

Memoria de Trabajo

Otros autores han estudiado posibles déficit en la memoria de trabajo, definida como la capacidad de mantener una serie de elementos en la memoria a corto plazo (independientemente de su modalidad: verbal, visual o espacial) y realizar una serie de operaciones con ellos para, finalmente, emitir una respuesta. Una de las tareas más utilizadas a la hora de evaluar la amplitud de la memoria de trabajo, es el test de dígitos del WAIS. Se ha encontrado una pequeña ventaja en los sujetos sanos frente a los pacientes adultos con TDAH en la puntuación obtenida en los 'dígitos en sentido inverso'. Para evaluar memoria de trabajo visual, se usan tests como "reproducción por memoria visual" (toques) del Wechler de Memoria. Los pacientes adultos con TDAH obtienen un mayor número de errores que los controles sanos.

Por otro lado, algunos autores señalan que las tareas de memoria lógica permite determinar si el sujeto es capaz de utilizar de manera adecuada estrategias que le permitan una mejor organización de la información recibida, dentro de un contexto lógico organizador, de tal modo que el recuerdo de ciertos elementos permita la recuperación de los demás. El rendimiento de pacientes adultos con TDAH también parece encontrarse deteriorado en esta tarea, ya que muestran una menor capacidad que los controles tanto en el recuerdo inmediato como en el demorado; lo cual podría indicar que no se trata de un problema de olvido de información, sino de dificultades de codificación verbal de la información en el sistema de memoria. En tareas de aprendizaje visual, como "reproducción visual" del Wechler de Memoria, se puede analizar el recuerdo en función de la organización que el sujeto haga de la información presentada (centrada en los detalles o en aspectos más globales que permitan una mejor integración de dichos detalles). Se requerirán más o menos recursos de la memoria de trabajo dependiendo de las estrategias que utilice. En adultos con TDAH se ha encontrado un peor recuerdo demorado, aunque sin diferencias en el recuerdo inmediato respecto a un grupo control.

Conclusiones

Durante la discusión del seminario, se destacó la importancia de plantearse la posibilidad de la presencia de un diagnóstico de TDHA, sobre todo en adultos jóvenes que consultan por

Déficit de Atención en Adultos

fallas en la memoria o dificultad para concentrarse, aun cuando reporten que las fallas son de origen reciente. De igual manera, es importante considerar que las disminuciones clínicas en las pruebas frontales, pueden relacionarse con fallas de atención de larga data. Esto tomando en cuenta que gran parte de los estudios plantean que si bien existe disfunción frontal, al comparar los resultados en las pruebas con tablas poblacionales los resultados podrían estar dentro de los rangos normales, En tal sentido se señaló la importancia de realizar evaluaciones de seguimiento, para determinar si la disfunción encontrada se mantiene estable a lo largo del tiempo, lo cual ayudaría a establecer el diagnóstico definitivo. Finalmente, se discutió sobre la rehabilitación cognitiva como tratamiento no farmacológico para el

TDHA, sobre todo haciendo énfasis en estrategias compensatorias de planificación y manejo del tiempo, que permitan a la persona tener un mejor funcionamiento en su vida cotidiana.

Bibliografía

González, J.; Galdames, D.; Oporto, S.; Nervi, A. & von Bernhardt, R. (2007). **Trastorno por déficit de atención/hiperactividad del adulto: estudio descriptivo en una Unidad de Memoria.** Revista de Neurología, 44 (9): 519-523Rodríguez, R.;

Cubillo, A. ; Jiménez, M.; Ponce, G; Aragüés, T. & Palomo, T. (2006). **Disfunciones ejecutivas en adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.** Revista de Neurología, 43 (11): 678-684