

ADHD
AWARENESS MONTH
OCTOBER 2019

ADHD MYTHS AND FACTS
KNOW THE DIFFERENCE

Segundo Mito: Todos los niños superan el TDAH

HECHOS: “Si bien algunos niños pueden recuperarse de su trastorno antes de cumplir los 21 o 27 años, el 50-86% de los casos siguen presentando el trastorno completo o al menos los síntomas e impedimentos más significativos”

Russell A. Barkley, Ph.D.
Virginia Commonwealth University Medical Center
Richmond, VA USA 23235

En la década de los 1970, cuando empezó por primera vez a ejercer su profesión (neuropsicología clínica infantil), era común ver al TDAH y su predecesor, el síndrome del niño hiperactivo/ hipercinético, como un trastorno limitado a la infancia.

Se esperaba que todos los casos remitieran antes de la adolescencia. Por consiguiente, se le consideraba un trastorno benigno para el desarrollo y no se esperaba que los médicos y psicólogos especializados en trastornos de adultos necesitasen saber mucho sobre el tema y ciertamente que ni lo evaluaban, diagnosticaban o trataban.

Es fácil de ver por qué pasaba esto. La condición se identificaba principalmente por un exceso motor (hiperactividad), aunque tanto la inatención como la impulsividad podían ser factores asociados. Algunos investigadores mostraron que la hiperactividad se reduce con la edad, a menudo siendo menos problemática en la adolescencia y, ciertamente, en la edad adulta.

Tampoco existían entonces buenos estudios longitudinales de niños diagnosticados y seguidos hasta la edad adulta. Se hicieron algunas investigaciones, que informaron de tasas de persistencia de alrededor del 5% o menos, al tomar como indicador la hiperactividad. Dado

todo esto, fue difícil considerar el trastorno como dañino, perjudicial y/o persistente. Y así lo pensaron muchos profesionales.

Pero durante las siguientes décadas y a medida que se investigaba más sobre el TDAH, todo este dogma quedó obsoleto. Se amplió el concepto del trastorno, dando igual o más peso a los problemas de atención e inhibición que a los de hiperactividad, en gran parte gracias a la extensa investigación de Virginia Douglas y sus estudiantes en Canadá, así como de los principales psiquiatras y psicólogos infantiles y pediatras del desarrollo conductual. Se estructuraron medidas objetivas de esta gama más amplia de síntomas, además de escalas del comportamiento, que sugirieron que estos otros síntomas no disminuían tan rápido con el desarrollo y, aunque podrían mejorar, eran bastante persistentes en la adolescencia.

De hecho, en la mayoría de los estudios de seguimiento se encontró que entre el 50% y el 70% de los casos diagnosticados en la niñez permanecían sintomáticos y presentaban deterioro a mediados de la adolescencia. En la década de 1990, se publicaron estudios de seguimiento mejor realizados con criterios de diagnóstico y para el TDAH más explícitos, oficiales y replicables. Ello hizo que se revisase esta cifra al alza, ya que se observó que el 80-85%

de los síntomas persistían en la adolescencia. Pero se presentó una incongruencia; los pocos estudios que habían estudiado el seguimiento hasta la edad adulta sugerían una tasa de persistencia de alrededor del 4-8% en esta edad. ¿Cómo era posible? ¿Un trastorno que era tan persistente hasta la adolescencia podía desaparecer en gran medida en la edad adulta?

¿Cómo podía un trastorno persistente desaparecer en gran medida en la edad adulta?

Mi propio estudio longitudinal con Mariellen Fischer, así como la investigación de otros, comenzó a mostrarnos dónde radicaba el problema; gran parte de esta disparidad venía por varios errores en la metodología.

Primero, la mayoría de los estudios anteriores se habían basado en los informes de los padres durante el período de seguimiento hasta la edad adulta, para luego pasar a entrevistar al afectado. Mostramos que la diferencia en las tasas de persistencia si uno entrevistaba al afectado de TDAH en la edad adulta (21 años), en lugar de a sus padres, era diez veces mayor (4 frente a 46%). Se usaron criterios DSM estándar para el TDAH en ese momento. Por ello, es muy importante tener en cuenta a quién se entrevista para determinar la persistencia del trastorno.

En segundo lugar, mostramos que el DSM en sí era un problema. Está diseñado para niños y usando síntomas basados en niños, (y mayoritariamente a niños y chicos, no niñas) los criterios DSM podrían no aplicarse tan fácilmente a estudios de adultos. Cuando comparamos la persistencia determinada por los criterios del DSM usando una definición del TDAH basada en la desviación del desarrollo (percentil 98 para la edad actual en severidad de síntomas y deterioro) la persistencia aumentó del 46 al 66% a los 21 años.

Claramente, una minoría substancial había superado los criterios del DSM pero no un trastorno del desarrollo definido. **Al definir el trastorno como “suficientes síntomas para causar deterioro en las principales actividades diarias”** la cifra aumentó nuevamente del 66% al 86%, aproximadamente. Descubrimos que sólo el

14% de nuestros casos ya no eran sintomáticos (desviación en cuanto a los controles) y estaban más afectados que los controles, al sumar los informes de uno mismo y de los padres. Cuando la definición de remisión pasó a depender de una sola fuente, esta cifra aumentó al 35% como tasa de recuperación.

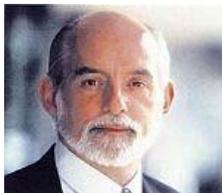
Por lo tanto, **tanto los criterios para definir el trastorno cómo la fuente de información que se utilizó produjo cambios marcados en la identificación de las tasas de persistencia y de remisión.** Steve Faraone, PhD, ha demostrado que las tasas de persistencia están muy relacionadas con el uso de criterios sindrómicos (DSM), criterios sintomáticos (desviación del desarrollo) o simplemente criterios de deterioro continuo, con tasas que aumentan en estos enfoques.

El estudio longitudinal más largo hasta la fecha es el del equipo de Nueva York encabezado por Salvatore Mannuzza y Rachel Klein, que han seguido su muestra hasta los 40 años. Utilizando criterios DSM, informaron una tasa de persistencia del 22%, pero utilizando la desviación del desarrollo, la cifra es del 32%. Y más del 67% desarrolló algún trastorno mental en la edad adulta. El problema en este estudio es haberse basado sólo en el autoinforme en lugar de preguntar a los padres u otras personas significativas, que como se muestra arriba puede resultar una tasa de persistencia notablemente menor.

¿Qué significa toda esta información?

Los niños diagnosticados de TDAH no dejan de padecer esta condición cuando crecen, al contrario de lo que se pensaba antes. Los criterios del DSM para el TDAH aún están muy focalizados para la edad infantil, algo que se ha demostrado que es un problema significativo cuando se usa con adultos, y se observa que en la adolescencia la gran mayoría de los casos aún son altamente sintomáticos y están muy deteriorados (80% +). Aunque algunos niños pueden recuperarse completamente de su trastorno a los 21 a 27 años, **el trastorno completo o al menos los síntomas y el deterioro significativo persiste en el 50-86% de los casos diagnosticados en la infancia.** Por lo tanto, es un mito afirmar que todos los niños que tienen TDAH dejarán de presentarlo más adelante.

SOBRE EL AUTOR



Russell A. Barkley, Ph.D. es un científico clínico, educador y practicante que ha publicado 23 libros, escalas de calificación, más de 290 artículos científicos y capítulos de libros relacionados con la naturaleza, evaluación y tratamiento del TDAH y trastornos relacionados, y manuales clínicos con 41 ediciones. Es Profesor

dhdawarenessmonth.org/children-do-not-grow-out-of-adhd

2 of 4
Posted 9-17-2019

Clínico de Psiquiatría en el Centro de Tratamiento para Niños de Virginia y Virginia Commonwealth University Medical Center, Richmond, VA. Sus sitios web son www.russellbarkley.org y ADHDLectures.com.

Referencias

- Barkley, R. A. (2015). Problemas de salud y impedimentos relacionados en niños y adultos con TDAH. En R. A. Barkley (ed.) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Manual para diagnóstico y tratamiento (4o Ed)(pp. 267-313). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015b). Deficiencias educativas, ocupacionales, de citas y matrimoniales, y financieras en adultos con TDAH. En R. A. Barkley (ed.) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Manual para diagnóstico y tratamiento (4o Ed)(págs. 314 a 342). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A. & Fischer, M. (2019). Síndrome del niño hiperactivo y esperanza de vida estimada por seguimiento de adultos jóvenes: El papel de la persistencia del TDAH y otros predictores potenciales. *Journal of Attention Disorder*, 23(9), 907-923.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2008). TDAH en adultos: Lo que dice la ciencia. Nueva York: Guilford Press.
- Dalsgaard, S., Ostergaard, S. D., Leckman, J. F., Mortensen, P. B., & Pedersen, M. G. (2015). Mortalidad en niños, adolescentes y adultos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un estudio de cohorte nacional. *Lancet*, 385, 2190-2196.
- Faraone, S. C., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos- Quiroga, J. A. et al. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Naturaleza Reseñas (Disease Primers)*, 1, 1-23.
- Frazier, T. W., Demareem H. A., & Youngstrom, E. A. (2004). Metaanálisis del rendimiento de las pruebas intelectuales y neuropsicológicas en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Neuropsicología*, 18,543-555.
- Hervey, A. S., Epstein, J. N., & Curry, J. F. (2004). Neuropsicología de adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Una revisión metaanalítica. *Neuropsicología*,18, 495-503.
- Londres, A. S., & Landes, S. D. (2016). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y mortalidad adulta. *Medicina Preventiva*, 90, 8x10.
- Nigg, J. T. (2013). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y resultados adversos para la salud. *Clinical Psychology Review*, 33, 215-228.
- Wakefield, J. C. (1999). Análisis evolutivos frente a prototipos del concepto de trastorno. *Revista de Psicología Anormal*, 108,374-399.

