



Trayectorias del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad desde la infancia a la vida adulta: evidencia de una cohorte al nacimiento, apoyando un síndrome de inicio tardío

► Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) ha sido tradicionalmente conceptualizado como un trastorno del neurodesarrollo e incluido recientemente en el DSM-5 en esta sección específica. Anteriormente, el criterio B introducido en el DSM-III requería la presencia de los síntomas de TDAH antes de los siete años de edad y el DSM-IV añadió que la discapacidad tenía que ser presentada en esta misma edad. Una revisión sistemática de la bibliografía desafió la utilidad y validez de ese criterio, por lo que un comité de expertos del DSM-5, basados en los resultados de estudios longitudinales al respecto, decidieron cambiar ese criterio requiriendo que los síntomas se iniciaran antes de los 12 años de edad.

El requerimiento de los síntomas en la niñez ha sido siempre un criterio clave para el diagnóstico en la edad adulta, sin embargo, recientemente este requerimiento ha estado rodeado de controversia. Con base en lo anterior, los autores hipotetizaron que: 1) Las tasas de prevalencia del TDAH en la infancia y en la edad adulta deberían ser similares a las reportadas en la literatura especializada; 2) Los individuos con TDAH en la infancia (I-TDAH) y en la edad adulta (A-TDAH) tendrían más niveles de disfunción que los individuos sin TDAH; 3) Estos grupos tendrían una pequeña superposición.

Objetivo

El objetivo del presente artículo fue investigar en un estudio longitudinal basado en la población si

los síntomas de TDAH en los adultos jóvenes siempre tuvieron su inicio en la infancia.

Métodos

Los participantes pertenecieron a una cohorte de 5249 nacidos en la ciudad de Pelotas, Brasil, en el año de 1993, los cuales fueron evaluados en múltiples puntos de tiempo y seguidos hasta los 18 y 19 años de edad. A los 11 años la salud mental del niño se evaluó utilizando la versión brasileña del Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (DSQ), una submuestra de 280 individuos fueron entrevistados con la evaluación del Desarrollo y Bienestar y el punto de corte óptimo para el diagnóstico de TDAH se estimó en 8 o más puntos sobre la escala de hiperactividad del DSQ calificados por los padres. En la última evaluación de los 18 a 19 años de edad, los individuos fueron entrevistados por psicólogos entrenados usando módulos específicos modificados desde la Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) para trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno bipolar (TB), trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y trastorno de ansiedad social (TAS). El diagnóstico de TDAH fue evaluado por una entrevista estructurada de acuerdo con los criterios del DSM-5. Para el presente estudio no se requirió el criterio B para el diagnóstico en A-TDAH. Los autores crearon una segunda categoría definida por adultos jóvenes con TDAH sin comorbilidades (A-TDAH-SC) para reducir la confusión por esas comorbilidades que podrían estar contribuyendo en la presentación de los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad en la vida adulta.

Correlatos: Los entrevistadores entrenados evaluaron correlatos con uso de tabaco, drogas ilícitas, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, conducta criminal, usando cuestionarios confidenciales. Los intentos suicidas fueron evaluados como parte del TDM. Se estimó el coeficiente intelectual (CI) utilizando la tercera edición de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos.

Análisis estadístico: Para estimar las diferencias entre los grupos se usó el test de X^2 y la diferencia de las variables continuas se estimó con la d de Cohen.

Resultados

A los 11 años de edad, se encontró el TDAH en 393 individuos (8.9%) y de los 18 a los 19 años de edad en 492 (12.2%). Después de que las comorbilidades fueron excluidas, la prevalencia del TDAH en la edad adulta se redujo a 256 individuos (6.3%). Los niños con TDAH tuvieron una preponderancia masculina no observada entre los niños sin TDAH, mientras que en el grupo de TDAH en la edad adulta joven se observó una preponderancia femenina. Entre el grupo de los 393 niños con TDAH, sólo 60 continuaron con el mismo diagnóstico en la edad adulta joven resultando una tasa de persistencia de 17.2%. De los 492 individuos con A-TDAH, 60 tuvieron I-TDAH, resultando una prevalencia de 12.6%. Considerando los 256 Individuos A-ADHD-SC se redujo la tasa de prevalencia a 11.6%. Se observó que la presentación inatenta prevaleció en todos los grupos de adultos jóvenes. En cuanto a las comorbilidades y los intentos de suicidio se observó que los individuos con C-ADHD tuvieron altas tasas de comorbilidades en la vida adulta joven, comparados con aquellos sin TDAH. De los 18 a los 19 años de edad las tasas de TDM, TB, TAS, TAG, el uso de drogas ilegales y el consumo del tabaco fueron más altos en el grupo I-TDAH, las cuales permanecieron elevadas en el grupo de A-TDAH, excepto el uso de drogas ilegales. De igual manera se encontraron altas tasas de conductas suicidas en ambos grupos I-TDAH y A-TDAH que los que no lo presentaban y estas diferencias se mantuvieron significativamente incluso después de excluir las comorbilidades. En cuanto a la conducta criminal y el encarcelamiento, los tres grupos de TDAH mostraron altos niveles de

crímenes comparados con los que no lo tenían. Se observó que más adolescentes con TDAH tuvieron embarazos comparados con niñas sin el diagnóstico y una historia de infecciones de transmisión sexual se encontró más alta en aquellos A-TDAH que los que no lo tenían, aún cuando se excluyeron las comorbilidades. Se observaron además mayores accidentes de tráfico y diferencia en el nivel de CI en aquellos con TDAH en comparación con los que no presentaban el trastorno.

Conclusiones

Los hallazgos encontrados no soportan la premisa que el TDAH en la edad adulta es siempre una continuación del I-TDAH, más bien se sugiere la existencia de dos síndromes que pudieran tener distintas trayectorias de desarrollo. Estos hallazgos no significan que el TDAH no debería ser considerado un trastorno del neurodesarrollo, más bien, que éste podría tener un inicio más tardío.

Limitaciones: No se tomaron en cuenta otros trastornos psiquiátricos que podrían haber influido en la presentación de éstos síntomas en la vida adulta, las medidas de disfunción fueron basadas sólo en la perspectiva de los participantes.

Aymara Gatica Hernández

Bibliografía

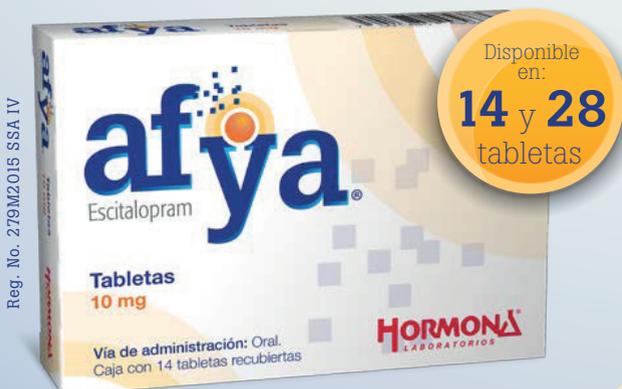
Rocha, T. B. M., Anselmi, L., Murray, J., Menezes, A. M. (2016). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Trajectories From Childhood to Young Adulthood Evidence From a Birth Cohort Supporting a Late-Onset Syndrome. *JAMA Psychiatry*, 73(7), 705-712.



afya[®]
Escitalopram

Transforma el **ánimo**
de su **Paciente**

- En depresión y ansiedad generalizada, **eficacia** y **rápido** inicio de acción^{1,2,3}
- **Baja interacción** medicamentosa y **amplio** margen de **seguridad**^{2,4,5}
- La **alternativa accesible** que favorece el **cumplimiento terapéutico**



**El antidepresivo prescrito en más
de 240 millones de pacientes²**

Referencias: 1. Dhillon S, Scott L, Plosker G. Escitalopram. A Review of its Use in the Management of Anxiety Disorders. CNS Drugs 2006; 20 (9): 763-790. 2. Zhong H, Haddjeri N, Sánchez C. Escitalopram, an antidepressant with an allosteric effect at the serotonin transporter—a review of current understanding of its mechanism of action. Psychopharmacology (2012) 219:1-13. 3. Murdoch D, Kean S. Escitalopram A Review of its Use in the Management of Major Depressive Disorder. Drugs 2005; 65 (16): 2379-2404. 4. Información para prescribir Afya. 5. Culpepper L. Escitalopram: A New SSRI for the Treatment of Depression in Primary Care. Primary Care Companion J Clin Psychiatry 2002;4:209-214.

Para reportar cualquier sospecha de reacción adversa relacionada al uso de nuestros medicamentos, comunicarse al teléfono 01800 726 3371 o al correo ucfarmacovigilancia@hormona.com.mx