

ASESORÍA NUTRICIONAL, EN ADOLESCENTE CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

L.N. Gustavo Flores López *, N.T.A. Carolina Isabel Villegas Roldan **



El día 21 de junio de 2008, se evaluó por el servicio de neuropsicología a una adolescente de 12 años 9 meses de edad, la cual se diagnosticó con retardo de desarrollo psicológico severo que se caracteriza por actividad lenta cerebral durante el transcurso de los procesos psicológicos cuya dificultad es la integración de la actividad cortico-subcortical de origen subcortical. Lo anterior se relaciona con sufrimiento fetal por parto prolongado. Anteriormente recibió tratamiento por neurología hasta la edad de 5 años quien diagnosticó déficit de atención con hiperactividad.

En septiembre de 2010, se valoró por medio de la historia clínica nutricional a una paciente adolescente femenina de 15 años de edad, procedente de una comunidad rural del estado de Tlaxcala, con primaria terminada en USAER (Unidad de Servicio de Apoyo en Educación Especial y Recuperación). En antecedentes patológicos refirió parto prolongado con sufrimiento fetal, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, insomnio y stress. En antecedentes nutricionales refirió obesidad grado 1; el perfil antropométrico del 10 de septiembre de 2010 refirió en peso 60 kg, estatura 140 cm, índice de masa corporal 30.6 kg/m² y obesidad 1. Para noviembre de 2011 tuvo en peso 61kg, estatura 148cm, índice de masa corporal 27.8 kg/m² y sobrepeso.

En el recordatorio de 24 horas (grupo de alimentos que consumió la adolescente el día anterior) se nota una dieta insuficiente de 1114 kc. Y se le dio trata-

miento con psicólogo y terapeuta del lenguaje, asesoría nutricional; dieta calculada mediante la fórmula de la OMS, gasto energético basal de 1260 kc, estado termogénico de los alimentos 10% con 126 kc, actividad física 20% con 252 kc, valor calórico total de 1638 kc, se dieron 2grs de proteína por kg de peso ideal, de hidratos de carbono 50 %, 800 kilocalorías y 200 gramos, de proteínas 21%, 337.12 kilocalorías y 84.28 gramos, de lípidos 29%, 464 kilocalorías, y 51.5 gramos, suplementación, terapia de digitopresión, hidratación, oxigenación y gaseo.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), afecta a niños, adolescentes y adultos. Su etiología es múltiple, influyen factores: heredofamiliares (genes relacionados a un neurotransmisor llamado dopamina), neuroquímicos (la dopamina y la noradrenalina regulan las funciones cerebrales), psicosociales (disfunción familiar, estrés, y ansiedad), ambientales (afecciones en embarazo, parto, agentes tóxicos y químicos como el plomo y colorantes).

Su diagnóstico se realiza con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, donde se requiere la presencia de al menos seis manifestaciones del grupo de los síntomas de inatención, seis de impulsividad/hiperactividad, o de ambos. El diagnóstico clínico requiere que los síntomas se hagan evidentes antes de los 7 años y permanezcan constantes al menos 6 meses.

Trastorno por déficit de atención

El diagnóstico y tratamiento en la infancia evita el fracaso escolar y la discapacidad en otras áreas.





Deben observarse al menos en dos situaciones diferentes, estar por encima de lo normal y afectar al funcionamiento del niño.⁽¹⁾

INATENCIÓN

A menudo no presta atención suficiente a los detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades, que no son del interés del niño.

Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).

Tienen dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades de juego.

Parece que no escucha cuando le hablan directamente.

Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

Es descuidado en las actividades diarias.

HIPERACTIVIDAD

Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo o se siente muy inquieto. En adultos o adolescentes puede tener dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera permanezca sentado.

A menudo está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor por dentro.

Mueve en exceso manos y pies o se mueve continuamente de su asiento.

Habla en exceso.

IMPULSIVIDAD

Interrumpe o se mete en actividades de otros (se entromete en actividades o juegos).

Precipita respuestas antes de que terminen las preguntas.

Tiene dificultades para esperar su turno.⁽²⁾

La relación entre niños y niñas es de 5:1 en la edad escolar y en la población adulta es de 2:1; en los adolescentes y adultos las áreas de disfunción se manifiestan en el rendimiento académico, desempeño laboral relaciones interpersonales, de pareja y otras áreas de la vida cotidiana como deficiencia de la destreza para conducir vehículos así como la tendencia en el uso y abuso de sustancias (alcohol y drogas) entre otras patologías.⁽³⁾

El que no reciban tratamiento predispone alto riesgo para desarrollar depresión, baja autoestima, abuso de sustancias, fallas académicas, dificultades ocupacionales, problemas legales, relaciones conflictivas, y accidentes automovilísticos.⁽⁴⁾

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó estudio de caso descriptivo de septiembre 2010 a noviembre 2011, en paciente adolescente con diagnóstico de TDAH.

Se midieron mediante la historia clínica nutricional las siguientes variables: (genero, peso, edad, actividad física, escolaridad), (antropométricos y dietéticos recordatorio de 24 hrs).

Se proporcionó dieta de 1630 kc, menús de la semana, suplementación, terapia de digitopresión, oxigenación, hidratación y gafeo, tratamiento psicológico y del lenguaje.

El suplemento en perlas (omega 3,6,9) el cual beneficia el desarrollo saludable del sistema cardiovascular, visual y cerebral, permitiendo mejorar el nivel de concentración y aprendizaje, lo consumió de la manera siguiente: dos perlas después del desayuno diariamente, un mes si un mes no.

El suplemento en capsulas (coenzima Q 10) que es un nutriente esencial para la respiración celular, es antioxidante inhibe el estrés oxidativo,

actúa como la chispa de quemar grasa en el músculo, nutre el sistema inmune y es un catalizador vital en la producción de energía del combustible celular en forma de ATP. vitamina B3, mejora la oxigenación en el tejido muscular, el sistema inmunológico, la flora intestinal, el rendimiento físico, nutre el sistema nervioso y evita el estrés, lo consumió de la manera siguiente: una capsula de cada una después de la comida, un mes si un mes no.

La terapia de digitopresión se aplicó una vez por semana para corregir la postura corporal.

La terapia de oxigenación fue de la siguiente manera: inhalar y exhalar suavemente diez veces al levantarse y al acostarse diariamente para oxigenar el sistema nervioso central.

La terapia de hidratación fue de la forma siguiente: 1600ml. de agua purificada, repartidos en cinco espacios, 1 vaso de 320 ml por la mañana media hora antes del desayuno, 1 vaso media hora después de la colación matutina, comida, colación vespertina y cena. El agua la tomo la adolescente diariamente saboreándola y lentamente para hidratar y detoxificar el organismo. La terapia de gafeo se recomendó diariamente por la mañana durante cinco minutos para mejorar su coordinación.

Las evaluaciones del indicador peso corporal e índice de masa corporal fueron mensuales en el periodo septiembre 2010- noviembre 2011.

OBJETIVO

Favorecer el desarrollo del sistema nervioso central e imagen corporal de la adolescente, con tratamiento psicológico y del lenguaje, asesoría nutricional (dieta individual, menús de la semana, suplementación de acuerdo a sus necesidades micronutrientales) y terapias alternativas para que en lo próximo continúe su vida escolar.



RESULTADOS

El peso corporal de la adolescente se mantuvo en un promedio de 60.5 kg.

En estatura la adolescente logro incrementar 8cm, al lograr corregir también su postura corporal.

El índice de masa corporal basal refirió obesidad 1 y finalmente sobrepeso.

En el recordatorio de 24 hrs. se detectó un consumo energético insuficiente.

La postura corporal se logro corregir en la adolescente.

La coordinación corporal mejoró notablemente en la paciente.

El lenguaje expresivo de la adolescente evolucionó de forma correcta, con el apoyo de terapia del lenguaje.

Las alteraciones cognitivas mejoraron, se logró incrementar la atención y memoria en la paciente con el apoyo de la terapia psicológica.

La concentración y aprendizaje mejoraron en la adolescente mediante la suplementación.

Hubo un decremento en los síntomas de impulsividad e hiperactividad.

DISCUSIÓN

El Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales DSMIV describe al trastorno como un patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad e impulsividad más severo y frecuente de lo que se observa en el desarrollo normal.

En México se calcula una prevalencia del 3 al 5 %. Los estudios reportan que aproximadamente el 50 al 70 % de los niños diagnosticados con TDAH continuarán con síntomas del trastorno en la adolescencia, afirmando lo descrito por Barkley.⁽³⁾

Por lo que el tratamiento inmediato es crucial

para prevenir problemas académicos y efectos negativos a consecuencia del trastorno.⁽⁵⁾

Otros estudios han analizado los subtipos del diagnóstico, observando que el de inatención es el más frecuente.⁽⁶⁾

El sueño activo es crucial para el desarrollo del cerebro, incluido el suministro de nutrientes, considerados un factor medioambiental.⁽⁷⁾

Las deficiencias micronutrimientales influyen también sobre los neurotransmisores (serotonina, noradrenalina, dopamina, y acetilcolina) y consisten en alteraciones de la actividad electroencefalográfica y de respuestas visuales, auditivas, afectaciones en el desarrollo motor, cognitivo y aptitudes sociales⁽⁸⁾. Resultado de una malnutrición como lo describe Pollit E.⁽⁹⁾

Por lo cual la asesoría nutricional y la politerapia favorecieron el desarrollo del sistema nervioso central, mejorando los síntomas y signos de este trastorno como lo recomienda Flores López y col.⁽¹⁰⁾ logrando superar el causal medioambiental (en este caso parto prolongado con sufrimiento fetal).

CONCLUSIÓN

El diagnóstico y tratamiento en la infancia evita el fracaso escolar y la discapacidad en otras áreas.

Por lo que el tratamiento psicológico y de lenguaje, la asesoría nutricional y las terapias alternativas fueron de importancia en la evolución de la adolescente. Se logro corregir su postura corporal, el sobrepeso, la coordinación corporal y el lenguaje expresivo. Los macro-micronutrientes recomendados favorecieron en gran medida el desarrollo del sistema nervioso central, permitiendo la sinapsis y por lo consiguiente la homeostasia.

Se logró mejorar la imagen corporal aumentando la autoestima de la adolescente, los hábitos positivos fueron de importancia ya

que en lo subsecuente la paciente consumió alimentos de calidad y se recomendó excluir el consumo del grupo de los azúcares pues inhiben la oxigenación y aumentan la hiperactividad, optando por el grupo de leguminosas permitiendo ello facilitar el proceso enseñanza-aprendizaje de la adolescente, ya que a la fecha cursa telesecundaria en la cual le brindan el servicio de psicología y de terapia del lenguaje.

La asesoría nutricional, terapias alternativas y consultas de especialidad son parte de la evolución de este trastorno.

Agradezco la labor entusiasta, de mis hijas Carolina Isabel Flores Villegas, y Lucila Flores Villegas para la realización y captura de este exitoso estudio de caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.-Cardo E, Severa B. Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Rev Neurol* 2005;36:S11-S15.
- 2.-Bauermeister J. Hiperactivo, impulsivo, distraído. ¿Me conoces? Guía acerca del déficit atencional para padres, maestros y profesionales. The Guilford Publications, inc. 2002.
- 3.-Barkley RA, Fisher M, Edelbrock CS, Smallis L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria, 1: an 8 year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 546- 557.
- 4.-Barkley R. Du Paul G, Bush T. Driving in young adults with ADHD: Knowledge, adverse outcomes and the role of executive functioning. *Journal of the International Neuropsychological Society* 2002; 8 : 665-672.
- 5.-Valerie L, Schwiebert KA , Sealander K, Jean L, Dennison JL. 3 Strategies for counselors working with high school students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Counseling & Development* 2002; 80:1.
- 6.-Du Paul G, Shaughency E, Weyandt L , Tripp G, Kiesner J, Ota K, Stanish H. Self report of ADHD symptoms in university students: Cross- gender and cross- national prevalence. *Journal of Learning Disabilities* 2001; 34 : 370-380.
- 7.- Roffwarg HP, Muzio JN, Dement WC. Ontogenetic development of the human sleep - dream cycle. *Science* 1996; 152: 604-19.
- 8.- Grantham- Mc Gregor S. A review of studies of the effect of severe malnutrition on mental development. *J Nutr* 1995;125:2233-85.
- 9.- Poollit E. A critical view of there decades of research on the effects of chronic energy undernutrition on behavioral development , eds Shurch . Lausanne 1988.
- 10.- Flores G, Villegas C I. Manejo nutricional en paciente con artritis reumatoide. *Rev Salud Qroo* 2011; 16 : 13- 15.

***Licenciado en Nutrición, Modulo Oportunidades Chiautempan , Tlaxcala.**

****Naturista Terapeuta Alternativo, consulta privada.**

Correspondencia: Morelos Poniente No. 25 Centro Santa Ana Chiautempan, Tlaxcala. C.P. 90800. Tel. (01246)4580922 Cel. (044) 2461054613. Correo electrónico: gustavo-nutricion@live.com.mx