



Viernes 12 de noviembre de 2004

Seminario:

“Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH). Manejo en la consulta del pediatra de Atención Primaria. Atención a la comorbilidad y abordaje multidisciplinario”

Moderador:

Maximino Fernández Pérez

Pediatra, CS La Felguera, Asturias

■ **El pediatra de Atención Primaria y el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad**

Maximino Fernández Pérez

Pediatra, CS La Felguera, Asturias

Marta María López Benito

Pediatra, CS de Contrueces, Gijón, Asturias

■ **Atención a la Comorbilidad del TDAH por el pediatra de Atención Primaria. Bases de la Entrevista Psiquiátrica**

César Soutullo Esperón

Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente

Departamento de Psiquiatría y Psicología

Médica, Clínica Universitaria, Facultad

de Medicina, Universidad de Navarra

■ **Atención psicopedagógica y familiar en el Trastorno por Déficit de atención con o sin Hiperactividad**

M^a Dolores Grau Sevilla

Profesora de psicología, Universidad Católica

San Vicente Mártir de Valencia

José Valero García Garrido

Director del Servicio Psicopedagógico Escolar

V-6 Alzira, Valencia.

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Fernández Pérez M y López Benito MM. El pediatra de Atención Primaria y el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004: p. 123-132.



El pediatra de Atención Primaria y el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad

Maximino Fernández Pérez

Pediatra, CS de La Felguera, Asturias.

maxmar@wanadoo.es

Marta María López Benito

Pediatra, CS de Contrueces, Gijón, Asturias.

maxmar@wanadoo.es

RESUMEN

Pocos problemas han sido tan emergentes en la práctica pediátrica como el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDAH). La existencia del TDAH como entidad específica está fuera de toda duda, al igual que lo está la ley de la gravedad¹.

El hecho de que la mayoría de estos pacientes no esté siendo actualmente atendida por parte de un pediatra no significa que el problema no sea nuestro, pero lo cierto es que lo vemos como algo ajeno a nuestra práctica clínica. Sin entrar a debatir el porqué de la situación actual, el Seminario tiene como principal finalidad aportar la máxima información necesaria, actual y práctica que nos permita cambiar nuestro punto de vista y facilitarnos la mejor y cada vez más frecuente atención a los niños y adolescentes con dichos problemas.

Del hilo de cuatro ejemplos clínicos se exponen aspectos de su biología, diagnóstico y tratamiento, en sus distintas posibilidades y disciplinas².

De manera específica (en ponencias adjuntas) se tratarán los problemas psicológicos-psiquiátricos y la repercusión sobre el rendimiento escolar y familiar, que entorpecen la evolución y el control de muchos niños que pueden y deben estar correctamente evaluados y controlados por su pediatra.

ENTENDIENDO EL PROBLEMA

Marcos

Marcos tiene 13 años y más energía que la mayoría de los chicos de su edad. Pero eso sí, siempre ha sido demasiado activo. A los tres años ya era un tornado humano, precipitándose por todas partes y desbaratando todo en su camino. En casa se lanzaba de una actividad a otra, dejando un rastro de juguetes detrás. En las comidas jugaba con los platos y hablaba sin parar. Era imprudente e impulsivo, corriendo a la calle cuando pasaban coches, sin hacer caso de las veces que su madre le había explicado el peligro de accidentarse y sin importarle las veces que le había reñido. La madre recuerda que tuvo varios tics de pequeño y que siempre tenía que llevar una llave de juguete en su bolsillo. Cuando lo dejó en el preescolar, su cuidadora tuvo que avisar a casa porque Marcos no cesaba de llamar a su madre. De escolar no parecía más salvaje que el resto de los niños, pero su tendencia a reaccionar demasiado (tal como pegar a sus compañeros sólo porque tropezaran con él) ya le había causado problemas, incluso le había restado amigos. Los problemas de la conducta se fueron incrementando con el paso del tiempo y en casa eran especialmente frecuentes con su madre. Actualmente está repitiendo curso en el instituto. Sus padres no sabían qué hacer: Los abuelos complacientes de Marcos les aseguraban a sus padres que "los niños serán niños, no os preocupéis, ya se le pasará con la edad".

Pero no fue así.

Paula

Paula, a los 12 años, aún se esfuerza por prestar atención y comportarse debidamente. Pero esto siempre le ha sido difícil. Todavía se avergüenza cuando se acuerda de aquella noche que sus padres la llevaron a un restaurante para festejar sus diez años. Se distrajo tanto por el cabello rojo brillante de la camarera que su padre tuvo que llamarla tres veces antes de que ella se diera cuenta de escoger su plato. Entonces, sin intentar controlarse, dijo súbitamente, "¡tu tinte del pelo es

espantoso!" En la escuela primaria Paula era tranquila y servicial pero a menudo parecía estar soñando despierta. Era inteligente, sin embargo no podía mejorar sus notas, no importaba cuánto lo intentaba. Muchas veces suspendía sus exámenes y a pesar de que sabía la mayor parte de las respuestas, no podía concentrarse en el examen. Sus padres respondían a sus bajas notas quitándole privilegios y riñéndola. "Simplemente eres muy vaga, podrías sacar mejores notas solo con intentarlo." Un día, después de que Paula suspendió otro examen, la maestra la encontró llorando:

"¿Qué es lo que me pasa?"

José Luis

A pesar de que le encanta estar en su taller, José Luis tiene un montón de proyectos de carpintería sin terminar e ideas para proyectos nuevos que él sabe que nunca va a completar. Su garaje estaba tan rebosante de madera que él y su esposa hacen chistes acerca de tener una pueste de mercancías averiadas por incendio. Todos los días se enfrentaba la frustración real de no poder concentrarse lo suficiente como para poder completar una tarea. Por tal motivo le costaba mantener un empleo estable.

Con el pasar de los años, con el temor de que podía estar volviéndose loco, vio varios psicoterapeutas y probó varios medicamentos, pero nada lo ayudó a concentrarse.

Vio la misma falta de concentración en su hijo pequeño Nacho y se preocupó.

Jorge

Jorge tiene 8 años, en septiembre comenzó 4º de primaria, no sin dificultad, ya que durante el pasado curso su profesor llamó la atención a sus padres debido a las dificultades para la lectura y la escritura, así como para la realización de problemas y cálculo muy elementales. Sus padres refieren que el chico no se esfuerza en casa y que continuamente están recordándole que haga las

tareas escolares. En clase está distraído y distrae a los demás, con frecuencia se le rompen los lápices y a veces se le olvida el material escolar necesario para las tareas, incluso los libros.

En casa siempre se nota cuando está y su hermano gemelo se queja de él a diario porque no le deja en paz y siempre le está "chinchando".

Recientemente sus padres han leído una hojita informativa en su Centro de Salud en la que se informaba de un programa de detección y tratamiento de la hiperactividad infantil, y después de leerlo han acudido a su pediatra y a su profesor porque creen que Jorge puede tener dicho problema.

¿Qué tienen en común nuestros protagonistas?

Es más frecuente encontrar más casos en el género masculino³, si bien la expresividad es menor en el femenino, lo que puede acarrear infradiagnóstico o diagnóstico tardío⁴. Suele ser difícil la separación entre normalidad (comportamientos y actitudes que se entienden "normales" a una edad determinada y dejan de serlo a edades posteriores), déficit (situaciones que podemos catalogar de anormales pero que tienen trascendencia limitada o escasa debido a su buena adaptación) y trastorno, situación con relevancia a nivel de las funciones sociales, académicas-laborales y familiares, ámbitos en los que el TDAH genera sintomatología.

Los problemas evolutivos repercuten en determinados aspectos psicológicos y psiquiátricos y, ya sea de manera primaria o secundaria, es muy frecuente la repercusión sobre el rendimiento escolar; sin que se pueda constatar déficit intelectual.

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más frecuentes?

Las manifestaciones clínicas están, en parte, relacionadas con la edad, así, Marcos ya destacó como un bebé muy errático en los hábitos de alimentación y sueño, tenía un temperamento "difícil" y buscaba la atención

materna, le era difícil jugar solo y tenía curiosidad insaciable, a la vez que fue un "trepador" precoz y varias veces se accidentó. En su etapa preescolar le costaba seguir las normas e interrumpía a sus compañeros, siendo constante la escasa persistencia en los juegos. Jorge siempre fue un poco "patoso" y muy movido, tanto en casa como en el cole. Paula siempre llamó la atención por ser muy buena y callada, pudiendo estar una hora en su habitación leyendo un libro en silencio y sin acordarse después de lo leído.

A los profesores de Jorge les llamó la atención el ser muy movido en clase y distraer a los demás, así como por los frecuentes olvidos de material escolar, algo similar a lo que le ocurre ahora a Nacho.

Los comportamientos más comunes (especialmente desde la etapa escolar) están dentro de tres categorías: falta de atención, hiperactividad e impulsividad, pudiendo estar parcialmente enmascarados si coexisten problemas psicológicos-psiquiátricos y/o del rendimiento escolar.

Falta de atención: las personas que son inatentas tienen dificultad para concentrarse en una sola cosa y se pueden aburrir con una tarea al cabo de pocos minutos. Para las tareas y actividades que les gustan pueden prestar atención de forma automática y sin esfuerzo. Pero la atención consciente y selectiva para completar las tareas habituales o para aprender algo nuevo les es muy difícil.

Por ejemplo, a Paula le era muy angustiante hacer sus deberes, a menudo se olvidaba de planificar de antemano (ya fuese anotando las tareas o trayendo los libros del cole, algo que empezaba a ser común en Jorge), y cuando trataba de hacer las tareas su mente se le iba a otras cosas, así que casi nunca terminaba y sus deberes estaban llenos de errores.

Hiperactividad: un niño hiperactivo parece estar siempre en movimiento, no puede estarse quieto y al igual que Marcos pueden precipitarse o hablar sin parar. Permanecer sentados y quietos mientras hacen una tarea puede ser una misión imposible, se retuercen en sus asientos o tocan el piano en la mesa, otros mueven con-

tinuamente sus pies o están dando golpes con el lápiz, algo que también empezaban a notarle a Jorge.

La hiperactividad en adolescentes y adultos suele ser menos evidente, predominando una sensación interna de inquietud, tratando de hacer varias cosas a la vez y rebotando de una actividad a la siguiente, como le pasaba a José Luis.

Impulsividad: quienes son demasiado impulsivos parecen incapaces de controlar sus reacciones inmediatas o de pensar antes de actuar, así le sucedía a Paula con sus comentarios inapropiados o a Marcos con su tendencia a pegar a otros niños o a cruzar la calle sin mirar. Su impulsividad puede hacer que les sea difícil esperar cosas que quieren o esperar su turno durante los juegos.

La adolescencia (y aquí nos referimos fundamentalmente a los pacientes con TDAH no tratados) es una etapa de mayor conflicto con los adultos y de conductas de riesgo (abuso de tóxicos y actividad sexual precoz), en la que suele aminorarse la hiperactividad, persistiendo la impulsividad y la inatención (hiperactivos hipoactivos). Es más probable que sufran sanciones y expulsiones escolares, con posibilidad de abandono de los estudios y que tengan más embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Cuando disponen de vehículo suelen accidentarse más.

También es muy frecuente que tengan pocos amigos y que éstos pocos sean hiperactivos. El TDAH es un importantísimo factor de riesgo para ser rechazado socialmente.

Aproximadamente el 60% de los adultos mantienen la sintomatología, teniendo dificultades en los ámbitos personal, familiar y laboral. Muchos de ellos reconocen sus problemas cuando sus hijos son diagnosticados de TDAH.

¿Qué es lo que causa el TDAH?

No sabemos cuál es la causa, pero las pruebas que indican un factor genético en la base del TDAH son muy

consistentes^{5,6}, pudiendo hablar de un “riesgo genético”. Sobre la base genética actuarían factores prenatales como tabaco o alcohol u otras complicaciones gestacionales pre y perinatales, así como adversidad social o privación severa (factores medioambientales). Esta hipótesis explica la mayoría de casos y está avalada por hallazgos bioquímicos (fundamentalmente trastornos en la neurotransmisión dopaminérgica), neurológicos (alteraciones cerebrales consistentes en un menor volumen cerebral, más evidente en el núcleo caudado, cerebelo, región prefrontal y el cortex temporal anterior^{7,8,9,10}, que configuran el sistema ejecutivo-cognitivo, base de las funciones primordiales que se encuentran alteradas en el TDAH en mayor o menor medida) y neuropsicológicos¹¹ (déficits en la memoria de trabajo, en el procesamiento temporal de la información, en la planificación, junto con una menor capacidad para inhibir las interferencias y para ejecutar tareas no recompensadas a corto plazo).

Relevantes estudios¹² permiten dar una explicación fundada sobre cómo los factores genéticos ya sea aislados, interaccionando entre sí o junto con los factores medioambientales, conducen a las manifestaciones del TDAH.

CONSIGUIENDO AYUDA

¿Cómo se hace el diagnóstico y qué pruebas son necesarias?

El diagnóstico se hace siguiendo los criterios de la cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría¹³ (tabla 1). El primer criterio (A) lo constituye la estimación de la severidad de los síntomas de inatención (A1) o hiperactividad/impulsividad (A2) que hayan persistido al menos en los últimos 6 meses. Para el diagnóstico se precisan además: B) algunos síntomas del deterioro han aparecido antes de los 7 años, C) los síntomas aparecen en al menos 2 contextos (escuela y familia), D) debe haber pruebas del deterioro social y académico u ocupacional y E) los síntomas no se explican por otro problema psiquiátrico o del desarrollo.

Tabla I. Criterios diagnósticos para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (A)**A. 1 ó 2**

- 1) Seis o más de los siguientes síntomas de falta de atención han persistido al menos 6 meses con una intensidad que impide la adaptación y que no es acorde con el nivel de maduración y desarrollo:

Falta de atención

- a) Con frecuencia no presta atención a los detalles o comete errores por descuido en las tareas o actividades
- b) Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en las tareas o las actividades lúdicas
- c) Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d) Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares o sus obligaciones (sin que se deba a comportamiento oposicionista o a incapacidad para entender las instrucciones)
- e) Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades
- f) Con frecuencia evita las tareas que requieren esfuerzo mental sostenido (deberes del cole u obligaciones domésticas), manifiesta disgusto por ellas o es reacio a hacerlas
- g) Con frecuencia pierde cosas necesarias para las tareas o actividades (lápices, libros, juguetes)
- h) Con frecuencia se distrae fácilmente por estímulos externos
- i) Con frecuencia se muestra olvidadizo en las actividades cotidianas

- 2) Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido al menos 6 meses con una intensidad que impide la adaptación y que no es acorde con el nivel de maduración y desarrollo:

Hiperactividad

- a) Con frecuencia mueve las manos o los pies o se retuerce en el asiento
- b) Con frecuencia abandona su asiento en el aula o en otras situaciones donde se espera que esté sentado
- c) Con frecuencia corre o trepa excesivamente en situaciones inapropiadas (en adolescentes se puede limitar a sentimientos subjetivos de agitación)
- d) Con frecuencia tiene dificultades para jugar o realizar actividades recreativas de forma silenciosa
- e) Con frecuencia está activo o suele actuar como "impulsado por un motor"
- f) Con frecuencia habla de forma excesiva

Impulsividad

- g) Con frecuencia deja escapar respuestas antes de que hayan finalizado las preguntas
- h) Con frecuencia tiene dificultades para esperar el turno
- i) Con frecuencia interrumpe o molesta a otras personas (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos)

El DSM-IV distingue tres subtipos: TDAH tipo combinado, si se cumplen los criterios A1 y A2, TDAH predominantemente inatento si se cumplen los criterios A1 pero no A2 y TDH predominantemente hiperactivo, tipo impulsivo si cumplen los criterios A2 pero no A1. En orden de frecuencia es el combinado el más frecuente, seguido del inatento y del hiperactivo/impulsivo.

La **exploración física** general puede poner de manifiesto rasgos de entidades específicas que cursen con TDAH. Habitualmente los hallazgos neurológicos son normales o sólo con mínimas disfunciones perceptivo-

motoras o tics¹⁴. Siempre se debe registrar peso, talla y tensión arterial.

La realización de **exámenes complementarios**¹⁴ analíticos, radiológicos o electroencefalográficos no basados en hallazgos clínicos no está indicada.

Como complemento de la información referida en la historia clínica por los padres y el paciente, puede ser de utilidad recabar **informes escolares**, especialmente mediante escalas como la de Conners¹⁵ para profesores y la modificada para la población española EDHA¹⁶.

Determinadas **pruebas neuropsicológicas** pueden ser útiles en algunas situaciones como la evaluación de la atención mediante el CPT (Continuos Performance-Test) y las pruebas TPD "caras" y "laberintos" y el Stroop¹⁷, al igual que puede ser conveniente saber el cociente de inteligencia, para lo cual se realiza una psicometría mediante el WISC-R.

¿Qué problemas se pueden confundir con el TDAH?

Determinadas entidades clínicas presentan algunas manifestaciones de TDAH^{18,19} y es preciso pensar en ellas según la historia clínica: trastornos sensoriales (menor agudeza visual, hipoacusia), hipertrofia adenoidea moderada u otro problema del sueño que dificulte el descanso nocturno, hipo-hipertiroidismo, retraso mental límite, trastornos del espectro autista, algún tipo infrecuente de epilepsia, secuelas de traumatismo craneal y encefalitis, cefaleas, antecedente de gran prematuridad, alteraciones genéticas como frágil-X y síndrome de Williams, neurodermatosis, toma de sustancias exógenas o fármacos y problemas de conducta (muy frecuentes en adolescentes) y psiquiátricos sin TDAH.

¿Qué problemas suelen acompañar en la evolución al TDAH?

Podríamos imaginar al TDAH como una factoría potencial de problemas psicológico-psiquiátricos y del rendimiento escolar, problemas que son como una bola de nieve que desciende de una montaña: a medida que transcurre el tiempo se va haciendo mayor.

Marcos presentó desde muy chico conductas de oposición en el preescolar y luego en primaria, conductas que fueron a más y que también afectaban a la dinámica familiar. Otros rasgos llamativos fueron los referidos al ámbito de la ansiedad: tics transitorios, trastorno obsesivo-compulsivo y ansiedad por separación.

La autoestima de Paula fue cada día a menos hasta que se diagnosticó de depresión. También Marcos, aunque en él era más notorio su problema de conducta,

con el paso del tiempo y sus reiterados fracasos escolares, vio muy mermada su autoestima.

Los problemas escolares fueron casi una constante y cuando se diagnosticó TDAH en Marcos y Paula ya estaban muy avanzados, no así en Jorge y en Nacho, en los que su detección se realizó al comienzo de primaria.

Si bien se ha tratado de relacionar la comorbilidad según los subtipos del DSM-IV²⁰ (de manera que el subtipo combinado tendría mayor frecuencia de trastornos de la conducta junto con una mayor comorbilidad global y el subtipo inatento se ha relacionado más con la ansiedad, la tristeza y baja autoestima así como con la dificultad para la lectura y cálculo), la realidad es que cualquier niño con TDAH puede desarrollar cualquier tipo de comorbilidad.

¿Tiene tratamiento eficaz?

Sí, pero eso no significa que tenga "curación". El tratamiento farmacológico constituye, en la mayoría de los casos, la primera elección y en los casos sin comorbilidad su eficacia es muy alta.

En los casos con comorbilidad suelen ser necesario tratamientos muy específicos si se trata de problemas psiquiátricos relevantes y cuando existe repercusión escolar se debe hacer un abordaje específico, cognitivo-conductual, cuya eficacia no es superior al tratamiento médico en el control de los síntomas nucleares, pero mejora el rendimiento académico, la conducta y también determinadas comorbilidades, además los padres y docentes que reciben tratamiento combinado (médico + conductual) se sienten más satisfechos²¹.

En nuestro medio se dispone de un medicamento estimulante que ha sido probado durante muchos años con gran eficacia: el metilfenidato^{22,23,24}, con acción dopaminérgica (por inhibición de la recaptación de dopamina). Es un medicamento seguro, no es adictivo y apenas produce efectos secundarios (raramente cefalea, anorexia o trastornos del sueño). Se administra a dosis de 0,3 a 1,5 mg/kg al día de mantenimiento, máximo 60 mg/día

(suele precisar menor dosis el subtipo inatento y mayor el impulsivo) y debido a su corta vida media es preciso administrar al menos en desayuno y comida. De manera individualizada convendrá una tercera dosis a la tarde y su administración sólo los días de actividad escolar o también fines de semana y periodos vacacionales (es decir, administrarlo con la frecuencia necesaria para modificar los síntomas del TDAH). Otra presentación que ya está disponible en nuestro país es el metilfenidato de acción prolongada mediante el sistema OROS, con una vida media de 8-12 horas, se administra una sola vez al día y favorece el cumplimiento, la intimidad del paciente y evita algún efecto "rebote" que puede presentar el preparado rápido (exacerbación de la clínica tras rápida variación de los niveles).

Es preferible iniciar el tratamiento con el preparado de acción rápida para permitir conocer qué conductas y aspectos están siendo controlados, así como evaluar su tolerancia. Inicialmente se parte de una dosis inferior o igual a 5 mg y cada 3-7 días se aumenta hasta conseguir, según el peso, el control de los síntomas. Este proceso viene a durar entre 3 y 4 semanas, con visitas semanales y permite evaluar los cambios, consolidar la confianza en los progresos (tanto por el paciente, su familia y su pediatra) y también conocer y tratar los hipotéticos problemas secundarios del fármaco pudiendo minimizar sus efectos colaterales mediante modificaciones de la dosis y el momento en que se administra. Posteriormente se puede plantear el paso a la formulación retardada según la equivalencia de la dosis total del preparado de acción rápida que esté controlando los síntomas.

Es muy conveniente explicar a los padres el motivo del tratamiento y los efectos positivos y los posibles efectos secundarios; al paciente, según su edad, se le explicarán los motivos del tratamiento y que es el médico y no sus padres quien lo prescribe. La información terapéutica también incluye la frecuencia de los controles y cuáles son las respuestas previstas. Para facilitar la información podemos hablar de "vitaminas" para mejorar sus síntomas o bien hacer la comparación de quien no ve bien y necesita usar gafas.

Los beneficios del metilfenidato sobre el TDAH abarcan el total de los síntomas nucleares y en todos los ámbitos afectados, mejora algunas situaciones comórbidas y además facilita al cerebro para el aprendizaje, pero como proceso crónico que supone no lo cura. La importancia de la educación para consolidar el progreso educativo²⁵ es por tanto trascendental.

¿Quién debe tratar al paciente con TDAH?, ¿podemos llevar a cabo una estrategia general con otras disciplinas?

El pediatra y el médico de familia deberán estar cualificados para hacer una orientación diagnóstica inicial, evaluación, tratamiento y seguimiento de la mayoría de los niños y adolescentes con TDAH no complicado.

Los casos que no responden al tratamiento inicial o que presentan determinados problemas comórbidos deben ser referidos a un especialista con experiencia y formación en la evaluación y manejo de estos niños-adolescentes y sus familias, ya sea neuropediatra, neurólogo o psiquiatra infantil y del adolescente²⁶, por lo que es recomendable que el pediatra de atención primaria localice en su zona los recursos disponibles.

La participación de profesionales de la educación (profesores, equipos de atención temprana, equipos generales de primaria y orientadores de educación secundaria) es habitualmente necesaria, así como psicopedagogos y psicólogos especializados en dichos trastornos.

En el aula es aconsejable buscar una adaptación específica del alumno²⁷, fragmentar sus tareas, introducir alicientes, llevar cierta planificación y recordatorios, crear rutinas y planes de trabajo y procurar un área de trabajo tranquila. También puede ser conveniente dejarles hablar en clase y moverse por el aula, siempre que no perturben a los demás, así como recibir explicaciones adicionales de los profesores.

Las intervenciones psicopedagógicas más efectivas^{20,27,28} son el refuerzo positivo (recompensas y privilegios), el tiempo fuera (aislamiento) y el costo por respuesta (su-

presión de privilegios). Las técnicas cognitivo-conductuales que obtienen mejores resultados son las autoinstrucciones, la auto-observación, la autoevaluación reforzada y el entrenamiento en la solución de problemas.

Si bien conviene individualizar cada caso, en la práctica todos los recursos pueden ser necesarios, constituyendo una alianza a favor del niño y su familia, familia que habitualmente suele estar en mayor o menor medida afectada y que precisa también un manejo y ayuda específica.

En este sentido las asociaciones de afectados constituyen un apoyo individual y familiar de especial importancia, siendo habitual el consejo de contactar con las mismas.

¿Qué seguimiento precisa?

Una vez establecido el plan de tratamiento y fijados los objetivos sobre la mejora de las conductas, si el paciente está en tratamiento médico se hará el seguimiento citado para conocer su eficacia (70-80 % responden bien al metilfenidato), siendo habitual verlo 3-4 veces al año durante el primer año, algunas veces tras las evaluaciones escolares y a fin de curso para planificar el periodo vacacional.

Si hemos conformado un equipo multidisciplinario podremos valorar mejor los progresos educativos y familiares, al igual que la evolución de los procesos comórbidos.

¿En qué se basa la estrategia de abordaje integral centrada en el pediatra?

El TDAH es un paradigma de problema propio para el abordaje integral desde la atención primaria: su magnitud es muy relevante (prevalencia igual o superior al 5%), su trascendencia ha quedado manifiesta y a la vez es muy vulnerable a las intervenciones.

Centrar la intervención en el pediatra de atención primaria está justificado por las evidencias científicas, contando con excelentes guías de práctica clínica como patrón de referencia, dos de ellas de la Academia Americana de

Pediatría (AAP) sobre evaluación y tratamiento^{29,30}, otra del Scottish Intercollegiate Guidelines Network³¹ y una cuarta del Institute for Clinical Systems Improvement³². En términos generales difieren en pocos aspectos e incluso se complementan en otros. Las GPC-AAP para el TDAH, base de la intervención en Atención Primaria, toman como población diana los escolares entre 6 y 12 años sin comorbilidad psiquiátrica.

En la medida que el pediatra comience a asumir la atención del TDAH se encontrará que sus casos no se corresponden siempre con la población referida de 6-12 años sin comorbilidad y empezará a atender los pacientes que no cumplen dichos requisitos, lo que supone un reto añadido.

El establecimiento de una estrategia multidisciplinaria se hará cada vez más necesaria, así como la realización de planteamientos de diagnóstico y asistenciales que aúnen todos los recursos disponibles^{33,34}.

MANTENIENDO LA ESPERANZA

Marcos

Hoy, a los 15 años, a Marcos le está yendo mucho mejor en la escuela. Encauza su energía en el deporte y es un jugador destacado en el Sporting juvenil. A pesar de que se pelea de vez en cuando, una psicóloga de niños y adolescentes le está ayudando a aprender a controlar sus rabietas, sus problemas de conducta y su frustración. Lleva dos años en tratamiento con su pediatra, recibe apoyo psicopedagógico específico y va mejor en el instituto.

Ahora se rodea de amigos y los mantiene.

Sus abuelos lo miran con orgullo y dicen: "¡Sabíamos que iba a ser un éxito!"

Paula

Paula está acabando la escuela secundaria. Puede centrar mejor su atención y concentrarse en su trabajo así que sus notas son bastante buenas. El aprender a

quererse a sí misma también le ha dado más confianza para establecer amistades y probar cosas nuevas. El apoyo del psiquiatra infantil fue clave para sacarla de su depresión. Últimamente ha estado trabajando con la consejera escolar para identificar el tipo de trabajo a seguir después de los estudios. Espera encontrar una carrera que salve sus problemas de atención y que aproveche lo mejor de sus valores positivos y de sus destrezas. Está más alerta y concentrada y está considerando empezar la universidad. Su consejera le recuerda que sin duda es lo suficientemente inteligente como para hacerlo.

Jorge

Jorge ha sido uno de los primeros niños que ha entrado en el programa para el TDAH, recibe tratamiento por su pediatra y al cabo de un mes sus padres dicen que si lo que toma es mágico. Su profesor está aplicando procedimientos cognitivos-conductuales y también aprecia los cambios escolares, además sus padres han contactado con otros padres con similar problema y están aprendiendo a controlar las situaciones difíciles, que cada vez son menos, en la casa y con su hermano.

José Luis

Hoy día, José Luis tiene éxito y es feliz en su trabajo como vendedor de zapatos. El trabajo le permite moverse durante el día y el tener clientes nuevos le da la variedad que necesita para mantenerse concentrado. Hace poco completó un curso para el mejor manejo de su tiempo y ahora mantiene listas, organiza su trabajo y planifica su día. Ahora que ha encauzado su energía, su habilidad para pensar en varias cosas a la vez le permite ser creativo y productivo. También está contento con su nueva habilidad de llevar proyectos hasta su fin, tanto es así que recientemente terminó de hacer un hermoso cajón de madera para los juguetes de Nacho, que fue su regalo de cumpleaños.

Además está orgulloso de que él y su esposa han desarrollado destrezas importantes en cuanto al cuidado de sus hijos.

A Nacho también le está yendo mejor en la casa y en la escuela.

Bibliografía

1. International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol 5, n° 2, 2002: 89-91.
2. El esquema general de esta ponencia está tomado del Instituto Nacional de Salud y del Instituto Nacional de Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Servicio Público de Salud. Publicación NIH No. 97-3572-S. Para más información sobre el NIMH y sus programas dispone de la dirección: www.nimh.nih.gov
3. Gabú M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36 (8): 1036-1045.
4. James A, Taylor EA. Sex differences in the hyperkinetic syndrome of childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1990; 31: 437-446.
5. Shastry BS. Molecular genetics of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an update. *Neurochemistry International* 2004; 44: 469-474.
6. Narbona J, Sánchez-Carpintero R. Neurobiología del trastorno de la atención e hipercinesia en el niño. *Rev Neurol* 1999; 28 (Supl 2): S 160-164.
7. Castellanos F, Lee P, Sharp W, Jeffries N, Greenstein D, Clasen L. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Med Assoc* 2002; 288: 1740-1748.
8. Zametkin AJ, Nordahl TE, Gross M, et al. Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *N Engl J Med* 1990; 323: 1361-1366.
9. Sowell ER, Thompson PM, Welcome SE, Henkenius AL, Toga AW, Peterson BS. Cortical abnormalities in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2003; 362: 1699-1707.
10. Castellanos F, Acosta MT. Neuroanatomía del trastorno por

- déficit de atención con hiperactividad. *Rev. Neurol* 2004; 38 (supl 1): 131-136.
11. Barkley RA. ADHD and the nature of self-control. New York: Guilford press; 1997.
 12. Castellanos F, Tannock R. Neuroscience of attention-deficit/hyperactive disorder: the search for endophenotypes. *Nature Reviews Neuroscience* 2002; 6: 617-628.
 13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
 14. Taylor E et al. Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*; 1998; 7: 184-200.
 15. Conners CK. Conners Teacher Rating Scales (CTRS), Conners Teacher Rating Scales Manual. New York: Multi-Health Systems; 1989.
 16. Farré I, Riba A, Narbona García J. EDAH: Escalas para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Madrid: TEA ediciones, 1998.
 17. Narbona J, Crespo N. Evaluación neuropsicológica del niño. En Peña-Casanova J. Manual de Logopedia. Barcelona: Masson; 2001.
 18. Soutullo C. TDAH: Diagnóstico Diferencial, Comorbilidad y Tratamiento. Actualización para Atención Primaria. Ponencia a las III Jornadas del TDAH, Oviedo, 4 diciembre de 2003.
 19. Sánchez-Carpintero, R. Sospechar, distinguir y evaluar el TDAH. Ponencia a las III Jornadas del TDAH, Oviedo, 4 diciembre de 2003.
 20. Miranda-Casas A, García-Castellar R, Meliá-de Alba A, Marco-Taverner R. Aportaciones al conocimiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Desde la investigación a la práctica. *Rev. Neurol* 2004; 38 (supl 1): 156-163.
 21. MTA Study Group: A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal treatment study of children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1073-1086.
 22. Wender EH. Tratamiento con estimulantes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Pediatr Rev (ed. Esp.)* 2001; 22: 183-190.
 23. Soutullo, C. Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Med Clin (Barc)* 2003; 120 (6): 222-226.
 24. Le Heuzey MF. Les traitements médicaux de l'enfant hyperactif. *Archives de pédiatrie* 2004; 11: 64-69.
 25. Denckla, MB. ADHD: topic update. *Brain & Development* 2003; 25: 383-389.
 26. Waxmonsky J. Assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children with comorbid psychiatric illness. *Curr Opin Pediatr* 2003; 15: 476-482.
 27. Orjales Villar I. Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y educadores. Madrid: CEPE; 2003.
 28. Orjales Villar I, Polaino Lorente A. Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad. Madrid: CEPE; 2004.
 29. American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001; 105: 1158-1170.
 30. American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical Practice Guideline: treatment of the school-age child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001; 108: 1033-1044.
 31. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Attention Deficit Hyperkinetic Disorders in Children and Young People. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2001.
 32. Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Management of Attention deficit Hyperactive Disorder in Primary Care for School Age Children and Adolescents. 2003. Disponible en www.icsi.org
 33. Fernández M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: hacia un abordaje integrado. *Pediatr Rev (ed. Esp.)* 2003; 24: 318.
 34. Fernández M, López Benito MM. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: ¡al abordaje! *Rev Pediatr Aten Primaria* 2004; 6: 421-432.