

Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad



J. Cornellà i Canals*, A. Llusent i Guillemet**

*Pediatra coordinador de la Unitat d'Atenció als Adolescents i Joves. Institut Català de la Salut. Subdivisió de Atenció Primària. Girona. **Alumne Asistent. Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona

Resumen El trastorno por déficit de atención afecta a un elevado número de niños y adolescentes. El núcleo principal del trastorno consiste en una incapacidad para mantener unos niveles de atención de calidad suficiente para la realización de las tareas académicas, hasta el punto de causar un deterioro en el seguimiento escolar. Se trata de un trastorno que, con elevada frecuencia, se asocia a otras patologías comórbidas que conviene conocer. Ya que no existen pruebas específicas para su diagnóstico, va a ser fundamental la elaboración de un diagnóstico diferencial afinado.

El tratamiento requiere una aproximación multidisciplinar. El tratamiento farmacológico de elección es el metilfenidato, que se ha mostrado eficaz en el aumento de los niveles de atención, así como en el control de la conducta impulsiva y del exceso de movimiento.

Palabras clave Hiperactividad; Trastorno por déficit de atención; Comorbilidad.

Abstract ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH OR WITHOUT HYPERACTIVITY
The attention deficit disorder affects a high number of children and adolescents. The main nucleus of the dysfunction consists on an inability to maintain some levels of attention of enough quality for the realization of the academic tasks, until the point of causing a deterioration in the school pursuit. It is a dysfunction that, with high frequency, he associates to other comorbid disorders that he suits to know. Since specific tests don't exist for their diagnosis, it will be fundamental the elaboration of a tuned differential diagnosis.

The treatment requires a multidisciplinary approach. The pharmacological treatment of election is the methylphenidate that has been shown effective in the increase of the levels of attention, as well as in the control of the impulsive behaviour and of the movement excess.

Key words Hyperactivity; Attention Deficit Disorder; Comorbidity.

Pediatr Integral 2003;VII(8):571-582.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención es un trastorno real, que no puede ser considerado un mito, y que afecta a un elevado porcentaje de niños, con posibilidad de comprometer seriamente su salud mental.

El trastorno por déficit de atención (TDA), con o sin hiperactividad, es junto con la dislexia, la causa más importante de fracaso escolar. Debido a la imprecisión del diagnóstico, basado en criterios subjetivos y cuya apreciación puede variar a lo largo del tiempo, las cifras de prevalencia son muy variables, en función de la población estudiada, el método de estudio y los criterios aplicados. La prevalencia de este trastorno, de acuerdo con los estudios hechos desde la psiquiatría infanto-juvenil, se estima alrededor del 5%.

Para complicar más las cosas, debe entenderse el TDA como un modelo continuo. El trastorno en sí representaría el extremo del mismo. De hecho, cualquiera de las manifestaciones de TDA puede estar presente en cualquier individuo en mayor o menor grado. ¿Quién no es un poco despistado, impulsivo o inquieto? o, ¿hasta qué punto el despiste, la impulsividad o la inquietud de cualquier individuo es de naturaleza distinta a la de los niños con TDA?; por ello, es condición básica para el diagnóstico que nos encontremos ante unas manifestaciones que lleguen a causar un deterioro en la actividad escolar, social o laboral del individuo.

El tema es de indudable interés para el pediatra de atención primaria. A menudo, en sus manos está la posibilidad de una sospecha diagnóstica precoz. Pero además, va a ser importante su papel en la supervisión del tratamiento, en la coor-

dinación de los profesionales implicados, y en los siempre necesarios apoyo y orientación a la familia.

Aunque muy a menudo va a ser necesaria la colaboración del psicopediatra, es importante que el pediatra esté familiarizado con todos los aspectos relacionados con un trastorno que es frecuente, que puede acarrear importantes consecuencias, que suele acompañarse de otros trastornos comórbidos y que requiere un tratamiento largo.

DEFINIENDO EL CONCEPTO

El núcleo central del TDA consiste en un trastorno neurobiológico que interfiere en la capacidad de una persona para mantener la atención y concentración en una tarea determinada y para controlar las conductas impulsivas. La hiperactividad no tiene porque existir en todos los casos.

TABLA I.
Sintomatología
básica en el
trastorno por
déficit de
atención
(DSM-IV)

1. Para la inatención, deberían cumplirse por lo menos seis de los siguientes criterios:

- Falta de atención a los detalles o errores múltiples
- Falta de atención en actividades lúdicas
- Sensación de que no escucha
- Falta de seguimiento de las instrucciones o incapacidad para finalizar las tareas
- Dificultades en la organización
- Evitación o disgusto ante actividades que requieran una atención sostenida
- Extravío de objetos necesarios
- Distracción ante estímulos irrelevantes
- Descuido en las actividades diarias

2. Para la hiperactividad e impulsividad, se requiere la presencia de por lo menos seis de los siguientes síntomas:

- Movimiento excesivo
- Abandono del asiento en la clase
- Sentimiento de inquietud
- Dificultades para el juego o las actividades de ocio
- Permanente estado de "marcha"
- Hablar en exceso
- Respuestas precipitadas antes de escuchar toda la pregunta
- Dificultades para guardar turno
- Interrupciones o intromisión en las actividades de otros

DSM-IV. Manual de Diagnóstico y Estadístico de la Academia Americana de Psiquiatría, 4ª edición.

Actualmente, aún se sigue pensando en la hiperactividad como una entidad nosológica en donde el exceso de movimiento es su característica principal, comprendiéndose como un trastorno benigno; ya que, la propia maduración del niño le llevaría a una conducta más controlada. Si se entiende así, el tratamiento con fármacos psicotrópicos puede parecer exagerado. Por ello, es importante resaltar que la entidad nosológica engloba tres síntomas nucleares: déficit de atención, impulsividad o dificultad en el autocontrol de los impulsos y exceso de movimiento o hiperactividad. De los tres núcleos sintomáticos, el que se refiere a la hiperactividad es el que menos importancia tiene.

Según la definición de E. Taylor, el TDA: "consiste en un deterioro persistente y severo del desarrollo psicológico, resultado de la existencia de altos niveles de inatención, conducta impulsiva e inquietud motora. Se trata de un trastorno de origen temprano en la infancia, por definición antes de los 7 años, casi siempre antes de los 5 años, y frecuentemente antes de los 2 años. A menudo, persiste en la adolescencia y edad adulta, y coloca aquellos que padecen el trastorno en una situación de riesgo de una serie de anor-

malidades en el desarrollo de la personalidad. La evolución negativa incluye delincuencia, conductas antisociales y bajo rendimiento escolar. Los estudios longitudinales indican que la inatención y la conducta de inquietud motora no son sólo una desventaja, si no un riesgo para el desarrollo. El tratamiento del TDA debe ser uno de los principales objetivos de los servicios de salud mental".

La sintomatología del TDA se centra en tres grandes áreas: trastorno de atención, inestabilidad (hiperactividad o sobreactividad) e impulsividad (Tabla I). Los síntomas deben manifestarse con independencia del espacio (ocurre en cualquier lugar) y del tiempo (ocurre todos los días). En función del predominio de una u otra sintomatología, la Academia Americana de Psiquiatría, en el DSM IV, distingue tres formas distintas de presentarse el TDA: con predominio del déficit de atención, con predominio de la hiperactividad-impulsividad, o de forma combinada. Este último es el más frecuente.

Pero además, es indispensable que el nivel intelectual sea normal o superior, que el trastorno se haya iniciado ya en edades tempranas, que la sintomatología aparezca en situaciones diversas, que

perturbe la adaptación o el rendimiento del niño y que no se deba a otros factores.

Casi el 75% de los niños afectados por el mismo llegarán a la adolescencia manteniendo los síntomas de falta de atención y concentración, con o sin hiperactividad. Si consideramos que dicho trastorno no suele ser suficientemente diagnosticado ni adecuadamente tratado, el pediatra puede ser consultado por casos de adolescentes que suman a su crisis personal los problemas adaptativos que puedan derivar de un pensamiento disperso e impulsivo. Sus manifestaciones (suficientemente importantes cuando comprometen las expectativas de futuro) se expresan a nivel emocional interno, en las relaciones familiares y sociales y en el rendimiento académico. Nunca es tarde para actuar.

Aunque el TDA es más frecuente en los niños, no hay que olvidar que también está presente en la niñas, frecuentemente infradiagnosticadas debido a que, en ellas, es más frecuente la variante inatenta (mucho menos expresiva que las otras).

EL PAPEL DEL PEDIATRA

La primera función del pediatra será pensar en la posibilidad de la existencia de un TDA para, a continuación, valorar el diagnóstico diferencial y evaluar la posible comorbilidad.

El pediatra puede encontrarse ante un niño o adolescente que suele ser llevado (o, más bien, "arrastrado") hasta la consulta por unos padres agobiados y que buscan una solución a unas dificultades académicas o a una larga historia de repetición de cursos, a pesar de un buen nivel intelectual. Es posible que no existan otros motivos de consulta si ha predominado la falta de atención. Pero puede asociarse a un trastorno ansioso-depresivo, sentimientos de culpabilidad o escasa autoestima. La sintomatología depresiva más o menos manifiesta es, a veces, el principal motivo de consulta en la etapa adolescente.

Pero, en otras ocasiones, preocupa a los padres un comportamiento impulsivo, unos trastornos de conducta más o menos graves o una actitud de oposición constante. Y en algún caso, en adoles-

centes, la alarma se ha disparado a partir de la evidencia de consumo de sustancias tóxicas.

Ante todo ello, el pediatra de cabecera va a ser el profesional más idóneo para, de entrada, pensar en la posibilidad de un TDA, iniciar la valoración, y plantear un buen diagnóstico diferencial. Atendiendo a su formación en salud mental y a la complejidad de cada caso, habrá que valorar la conveniencia de la interconsulta con el especialista en paidopsiquiatría.

EL DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico son importantes la observación, la anamnesis y la exploración física completa. No existe ningún examen complementario definitivo. Los cuestionarios pueden ser de ayuda, pero nunca son decisivos para el diagnóstico.

La prisa es la peor aliada para orientar el diagnóstico. Las valoraciones que proponemos (Tabla II) pueden llevarse a cabo en dos o tres sesiones.

La **observación** que pueda hacer el médico durante la entrevista a los padres para recoger los datos anamnésicos suele ser de gran ayuda; ya que, permite observar la conducta del niño y su nivel de tolerancia a la falta de actividad. Asimismo, se pueden valorar las respuestas que la conducta del niño genera en los padres.

Es necesario que nuestra **anamnesis** vaya orientada a poder comprobar que los síntomas de este trastorno persisten y se manifiestan en distintos ambientes (en casa, con la familia, con los amigos, en la escuela).

El **examen físico** debe ser completo, incluyendo exploración visual y auditiva. Debe completarse con la exploración neurológica: coordinación oculomanual, disdiadocinesia, grafomotricidad, test de Fog (sincinesias en las manos al andar sobre el lateral interno y externo del pie), test de Calabuig (sentado en el borde de una silla con la cabeza sobre las rodillas, brazos caídos y extendidos, y permanece así un minuto) y test de Costa (mantener sentado sobre las patas traseras de una silla en equilibrio, sin caer).

La **exploración psicológica** debe investigar el nivel intelectual y la capacidad

- Hacer un listado de los problemas de los padres y del niño
- Anamnesis cuidadosa a los padres (mientras se observa la conducta del niño)
- Exploración física y neurológica del niño
- Solicitar los exámenes complementarios que tengan un fundamento clínico (no existen exámenes de *screening*)
- Entrevista al niño y valoración aproximada de su nivel mental
- Examinar y hacer una valoración básica de su desarrollo neurobiológico
- Utilización de cuestionarios para los padres (Conners, escalas Magallanes) y para los maestros (EDAH, escalas Magallanes)
- Informe escolar (entrevista presencial o telefónica)

TDA: trastorno por déficit de atención.

de atención y concentración, así como los aspectos emocionales y, aunque esta exploración la realice el psicólogo, es importante que el pediatra se familiarice con este tipo de pruebas: su interpretación correcta aporta muchos datos sobre la sintomatología de su paciente.

Los **cuestionarios** son herramientas de gran ayuda y complementan la anamnesis. Pero nunca debe fundamentarse el diagnóstico en ellos. El diagnóstico del TDA es clínico y no se basa en una mayor o menor puntuación en un cuestionario concreto.

Los **exámenes complementarios** se solicitaran según lo justifiquen la anamnesis y la exploración física. Estamos, evidentemente, ante un trastorno que, por el momento, no puede objetivarse a través de exploraciones complementarias específicas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial constituye uno de los grandes apartados que corresponden al pediatra de cabecera. Por su frecuencia creciente, debe incluir las carencias educativas y los problemas de inestabilidad familiar.

Existen otros cuadros patológicos (o de índole psicopedagógica) que pueden cursar con sintomatología semejante a la del TDA. La exhaustiva recogida de datos en la anamnesis y la fina exploración física y neurológica nos ha de permitir establecer el diagnóstico diferencial de las entidades clínicas que se recogen en la tabla III. A partir de estos datos, pueden solicitarse, de forma razonada, los exámenes complementarios pertinentes.

Y la experiencia diaria me obliga a incluir en esta lista el caso, cada vez más

frecuente en nuestras consultas, del niño consentido o maleducado, que ha crecido en un ambiente carente de normas.

EL TDA Y LA COMORBILIDAD

La forma más rara de presentación del TDA es la que se exhibe de forma aislada, limitada a las manifestaciones propias del trastorno. Es muy importante conocer cuáles son los trastornos con los que el TDA se asocia con mayor frecuencia. Su conocimiento es de gran ayuda para establecer un diagnóstico correcto y una acertada orientación terapéutica. La importancia de estos trastornos comórbidos hacen aconsejable la interconsulta con el paidopsiquiatra.

Efectivamente, sabemos que más de un 80% de los niños que cumplen todos los criterios diagnósticos para el TDA tienen, por lo menos, un diagnóstico comórbido. Y que más de dos terceras partes de ellos cumplen criterios para, por lo menos, dos trastornos comórbidos. Los más frecuentes parecen ser el trastorno de conducta de oposición desafiante y el trastorno del desarrollo de la coordinación. Por lo tanto, al atender a un niño con TDA, si el diagnóstico queda limitado al TDA, existen altas probabilidades de que estemos pasando por alto otros problemas, en ocasiones más importantes que el propio TDA.

¿Qué entendemos por comorbilidad?

La comorbilidad supone una forma de presentación, pronóstico y abordaje terapéutico, distinto para cada proceso. Y, a su vez, que la frecuencia en que uno aparece cuando el otro está presente, sea más alta que la prevalencia aislada en la población general. Decimos que el

TABLA II.
Elementos para el diagnóstico de TDA

TABLA III.
Diagnóstico
diferencial
del TDA

1. Variantes de la normalidad: desde el niño con una inquietud normal para su edad hasta el niño consentido y “mal educado” (cada vez más frecuente)

2. Trastornos médicos

- 2.1. Déficit sensoriales
- 2.2. Déficit nutricionales
- 2.3. Trastornos neurológicos:
 - 2.3.1. Epilepsia
 - 2.3.2. Secuelas de infecciones o traumatismos del SNC
 - 2.3.3. Procesos neuroexpansivos o neurodegenerativos
 - 2.3.4. Tics y síndrome de Gilles de la Tourette
- 2.4. Trastornos tiroideos
- 2.5. Síndrome del síndrome del cromosoma X frágil
- 2.6. Anemia ferropénica
- 2.7. Consumo de sustancias
- 2.8. Efectos secundarios de fármacos
- 2.9. Fenilcetonuria

3. Trastornos del desarrollo

- 3.1. Déficit cognitivos
- 3.2. Inteligencia superior (niños superdotados)
- 3.3. Trastornos neuropsicomadurativos
- 3.4. Trastornos específicos del aprendizaje

4. Trastornos emocionales, afectivos, conductuales

- 4.1. Trastornos de ansiedad
- 4.2. Trastornos por estrés post-traumático
- 4.3. Trastornos depresivos
- 4.4. Hipomanía
- 4.5. Trastornos adaptativos
- 4.6. Trastornos de conducta
- 4.7. Trastorno disocial
- 4.8. Trastorno negativista desafiante

5. Trastornos ambientales

- 5.1. Situación de estrés mantenido (familia, escuela)
- 5.2. Actitudes educativas inadecuadas (familia, escuela)
- 5.3. Maltrato (familia, escuela)
- 5.4. Psicopatología (padres, maestros)
- 5.5. Diferencias socioculturales

*TDA: trastorno por déficit de atención.
SNC: sistema nervioso central.*

TDA es comórbido con el síndrome de Gilles de la Tourette, porque la probabilidad de que un niño con síndrome Gilles de la Tourette padezca TDA es mucho mayor que para el resto de la población. Y, a su vez, requiere unos criterios distintos en cuanto a diagnóstico y enfoque terapéutico.

¿Qué entidades pueden ser comórbidas con el TDA?

En la tabla IV se recogen aquellas entidades que han diagnosticado con más frecuencia como comórbidas al TDA.

El síndrome de Gilles de la Tourette, consiste en un cuadro de tics múltiples motores y uno o más tics vocales que han estado presentes en algún momento, aunque no necesariamente de forma coincidente; que ocurren muchas veces al día (habitualmente en brotes), casi todos los días o intermitentemente a lo largo de un período superior a un año, y durante este período no ha existido un período libre superior a tres meses consecutivos; cuyo inicio es anterior a los 18 años; y que no se debe a los efectos de una sustancia o a una condición médica general. A veces,

las manifestaciones clínicas de tics hacen su aparición por primera vez, después de la administración de metilfenidato en un niño con TDA o trastorno de conducta.

La comorbilidad con TDA en pacientes con síndrome de Gilles de la Tourette ha sido estimada en el 40%. No se ha podido esclarecer si el síndrome de Gilles de la Tourette favorece el desarrollo de TDA o bien ambos síndromes tienen un componente genético compartido. Existe una frecuente asociación del síndrome de Gilles de la Tourette con el trastorno obsesivo compulsivo.

Los **trastornos generalizados del desarrollo**, en sus formas más leves, con inteligencia normal, pueden ser muy difíciles de separar del TDA. Algunos de los síntomas que se aproximan a la sintomatología “autista” que se pueden hallar en niños con TDA son:

- Estereotipias motoras.
- Preocupación por ciertos temas, objetos o partes de objetos.
- Trastorno del lenguaje.
- Alteraciones en la pronunciación.
- Pobre comunicación no verbal.
- Problemas de interacción social.
- Ingenuidad.

Las estereotipias motoras pueden estar presentes en el TDA, siendo a veces difíciles de distinguir de un tic. Las estereotipias de los niños hiperactivos que más se aproximan a las propias del autismo son: aleteo de manos, picar con los dedos, balanceo de la cabeza y repetición monótona de sonidos.

Los niños con TDA pueden mostrar patrones de conducta obsesivos, relacionados con poca flexibilidad mental y mala tolerancia a los cambios.

Los problemas de lenguaje, muy frecuentes en el TDA, y en ocasiones el primer motivo de consulta por parte de los padres, comprenden: ecolalias, pobre capacidad expresiva y deficiente comprensión verbal. A veces, el niño con TDA, en su forma inatenta, en lugar de ser extremadamente charlatán, es sumamente callado, aproximándose al mutismo selectivo. Igualmente, la comunicación derivada de la gesticulación no verbal puede ser muy limitada o inapropiada.

Un problema, en algunos niños con TDA, es su falta de habilidad para la interacción social. Ello puede estar motivado,

tanto por una cierta ingenuidad, como por una carencia de empatía. Existen dificultades significativas para la interacción social y la comunicación. Los aspectos donde esto se pone más en evidencia son la empatía y la relación con los compañeros; lo cual ocurre a partir de dificultades para la comunicación no verbal y el mantenimiento de una conversación.

Los **trastornos de la comunicación**, también denominados trastornos específicos del lenguaje (TEL), están muy conectados tanto con la dislexia como con el TDA. La conexión entre la dislexia y el TEL parte del déficit fonológico propio de ambos trastornos. Una parte de los niños con TDA muestran como primer síntoma dificultades fonológicas, retraso en el lenguaje o ambos problemas. Estos niños tienen un elevado riesgo de presentar dificultades en el aprendizaje de la lecto-escritura.

El **trastorno del desarrollo de la coordinación** (TDC) se define como una marcada alteración en el desarrollo de la coordinación motora que interfiere significativamente con el aprendizaje escolar o las actividades de la vida diaria, y no es debida a una enfermedad médica general. La comorbilidad entre el TDA y el TDC se cifra en el 47%. La asociación de ambas entidades ensombrece el pronóstico, por lo que estos niños van a requerir una especial atención para minimizar las repercusiones psicosociales. Es deseable una intervención precoz.

Los **problemas de conducta** constituyen, junto con las dificultades escolares, la repercusión más negativa del TDA. A veces, resulta difícil determinar si los problemas de conducta representan un trastorno comórbido o son manifestación clínica del TDA, pues puede existir un gran solapamiento sintomático. La concurrencia de trastorno de conducta (TC), o trastorno de oposición desafiante (TOD) ha sido estimada entre el 15 y 60% de niños con TDA. Por el contrario, si se contempla el problema desde la vertiente del trastorno de conducta, resulta que entre el 69 y 80% de preadolescentes con trastorno de conducta, presentan los criterios para TDA. Es importante tener en cuenta la posible asociación comórbida con el **uso de drogas y alcohol** en la adolescencia y edad adulta.

- Síndrome de Gilles de la Tourette/trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastornos generalizados del desarrollo
 - Trastorno autista
 - Trastorno de Asperger
 - Trastorno generalizado del desarrollo no especificado
- Trastornos de la comunicación
- Trastornos del aprendizaje: dislexia, discalculia, disgrafía
- Trastorno del desarrollo de la coordinación
- Trastornos de conducta
- Trastornos de ansiedad
- Depresión y otros trastornos afectivos

TDA: trastorno por déficit de atención.

La asociación entre TDA y TOD puede identificarse ya hacia los 3 años de edad. Se trata de niños que presentan conductas manipuladoras orientadas a obtener una atención especial mucho antes que los problemas de atención. Pueden crear serios problemas en la convivencia familiar.

Tanto los TC como los TOD aumentan en el caso de ambientes familiares perturbados o inestables.

Los **trastornos depresivos** también muestran una clara comorbilidad con el TDA. Los estudios actuales apuntan a que hasta un 30% de los niños con TDA tienen asociado algún trastorno afectivo (depresión mayor, trastorno bipolar o trastorno distímico).

Es importante subrayar que, a menudo, algunos síntomas depresivos pasan desapercibidos por los padres, y se evidencian en la entrevista individual con el niño. Los padres, conscientes de la sintomatología del TDA, pueden tener poco conocimiento sobre los sentimientos de culpa y problemas del sueño.

Los síntomas depresivos más frecuentes en niños son: la baja autoestima, la irritabilidad, la falta de energía, las somatizaciones y los problemas del sueño. Hay que tener en cuenta que la dificultad para la concentración puede ser un síntoma depresivo. Cuando al TDA y a la depresión se añade una personalidad impulsiva-agresiva, aumenta el riesgo de suicidio.

Por lo que respecta al **trastorno bipolar**, el solapamiento de síntomas con el TDA es todavía más marcado. Existen sentimientos de grandiosidad, ánimo exaltado, realización de actos atrevidos, desin-

hibición en el trato social, absurdidad, fuga de ideas, pensamiento veloz, hipersexualidad, disminución de la necesidad para dormir, pensamiento muy agudo, intensidad en la dirección de la acción a un objetivo, incremento de la productividad, humor irritable y lenguaje acelerado.

Los **trastornos de ansiedad**, que ya de por sí representan el trastorno psiquiátrico más frecuente en la edad infantil, muestran una elevada comorbilidad con el TDA. Tampoco aquí va a ser fácil determinar si el niño ha desarrollado hiperactividad y falta de atención a causa de la ansiedad; o si la conducta ansiosa deriva de una baja autoestima consecuente al TDA. El niño ansioso muestra un estado permanente de preocupación o aprensión, difícil de controlar, junto a algunos síntomas que se confunden con los propios del TDA: inquietud, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastorno del sueño. La ansiedad de los hijos también puede pasar desapercibida por los padres. Los niños en que existe esta comorbilidad suelen manifestarse más lentos e ineficientes que los que sólo tienen TDA.

LA ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA

La orientación terapéutica del TDA es compleja y no se resuelve NUNCA con la administración de un fármaco concreto. El fármaco tendrá un efecto muy pobre si no se acompañan de otras medidas de índole psicopedagógica y educativa.

El primer acto terapéutico va a consistir en la comunicación adecuada del diagnóstico de TDA, ofreciendo toda cla-

TABLA IV.
Trastornos que muestran comorbilidad con el TDA

TABLA V.
Elementos para una buena información al paciente y a su familia

- **El TDA no es una enfermedad.** Es un trastorno madurativo, que implica ciertas dificultades en la capacidad de mantener la atención, pero que permite una vida normal, sin limitaciones
- **Existen cambios evolutivos.** La hiperactividad física de la niñez se transforma, en la adolescencia, en hiperactividad y dispersión mentales, persistiendo las dificultades atencionales
- **No sólo afecta al área académica,** que suele ser la que ha motivado la consulta. Puede afectar también las relaciones con los padres y con los amigos, el autoconcepto y la autoestima, el estado anímico, el humor e incluso, a veces, la propia salud
- **No existen culpables.** Se trata de una alteración en la bioquímica del cerebro, que a menudo tiene una base genética. No es posible controlarse a uno mismo para dirigir la atención hacia donde conviene
- **El entorno y el ambiente son muy importantes** para el control del TDA. Conviene enfatizar en un buen entorno familiar, unos amigos que lo sean de verdad, una buena escuela y un adecuado cuidado hacia la salud
- **El hecho de tener un TDA no sirve de excusa para eludir responsabilidades.** El niño y el adolescente deben que ser conscientes de sus dificultades y, progresivamente, los protagonistas de las acciones terapéuticas a emprender

TABLA VI.
Mitos y falsas creencias sobre el TDA

- **“Este trastorno va a suponer una sentencia y una limitación para toda la vida del niño”.** Pero las personas con TDA despliegan una gran energía y suelen ser muy creativas. Solamente les hace falta ser conscientes de sus dificultades específicas y poner el adecuado remedio
- **“Debido a este trastorno, va a ser torpe y holgazán”.** Conviene demostrar a la familia y al propio niño o adolescente (con pruebas psicométricas, si conviene) que el TDA no afecta su nivel intelectual. Y recordarles como la biografía de algunas personalidades célebres (Einstein, Churchill, Santiago Ramón y Cajal,...) sugieren la existencia de un TDA
- **“Tiene dificultades para conectar con sus amigos”.** Conviene diferenciar entre amigos y compañeros y poner énfasis en que los amigos le buscarán por lo que es y no por lo que aparenta
- **“La medicación que le prescriban va a actuar como una droga y va a producir cambios en su personalidad”.** La medicación aguza la atención e intensifica el auto-control durante unas pocas horas del día, pero no altera la personalidad
- **“Este problema que tengo va a ser la excusa para que mis padres sigan tratándome como niño y me controlen más”.** Se trata de un problema importante para el adolescente. Es cierto que los padres deberán controlarle, de forma pactada, en sus momentos de inatención, ya que forma parte del tratamiento. Pero “nuestro objetivo no es que tus padres sigan ejerciendo un control sobre ti, sino que este control puedas ejercerlo tu mismo”

TDA: trastorno por déficit de atención.

se de explicaciones y orientaciones. Conviene destacar los aspectos biológicos y madurativos del TDA para desculpabilizar a la familia y al niño o adolescente, y así compensar las múltiples observaciones negativas que han recibido a lo largo de su vida. Conviene insistir también en el componente genético, si lo hay o si puede haberlo (y que, a menudo, se descubre en la entrevista con los padres). La comunicación del diagnóstico a un adolescente, con sus consiguientes explicaciones, supone un acto retroactivo para observar todas sus reacciones, ver-

bales y no verbales, que pueda manifestar.

El siguiente paso consiste en la orientación y coordinación del tratamiento, así como de la prescripción terapéutica que se considere apropiada (de acuerdo con el paidopsiquiatra). La orientación y el apoyo psicológico deben ir dirigidos a la familia y a los profesores, así como al propio paciente, en función de la edad. Y es misión importante del pediatra la coordinación del equipo de profesionales que van a tener un papel importante en el tratamiento de este niño o adolescente.

El abordaje terapéutico se fundamenta en:

- Reeducación de las capacidades de atención y concentración (visual y auditiva). Existen programas específicos.
- Apoyo emocional al paciente (según la sintomatología asociada).
- Orientación a los padres.
- Orientación a los maestros.
- Medicación específica.

Reeducación

Se trata de sesiones encaminadas a mejorar los niveles de atención auditiva y visual. Existen diversos programas que tienen un notable éxito, siempre que se utilicen en sesiones individuales, a razón de 45 minutos dos veces por semana. El entreno en la atención y concentración requiere una constancia para ser eficaz. Se trata de programas que pueden ser aplicados por maestros, psicólogos o psicopedagogos entrenados. Nosotros hemos utilizado los que ha preparado el equipo Albor-Cohs.

Apoyo emocional al paciente

Ya que se trata de un “trastorno” y no de una enfermedad, preferimos utilizar el término “apoyo emocional” que “psicoterapia”. Las técnicas cognitivo conductuales son las que han dado mejores resultados. Se trata de que el niño reconozca sus problemas y dificultades y plantee vías de solución factibles. Se complementa con técnicas orientadas a mejorar la autoestima y las habilidades sociales.

Orientación a los padres

La comunicación del diagnóstico deberá ser seguida de una conversación tranquila, y a menudo en distintas etapas. En las tablas V, VI y VII ofrecemos algunos documentos que hemos comprobado de utilidad en la orientación del paciente y de sus padres.

Orientación a los maestros

En la escuela y en el instituto, el niño y el adolescente con un TDA van a pasar muchas horas de su vida, van a recibir formación y van a aprender a convivir con sus compañeros. La escuela puede ser un lugar muy importante para la contención y la educación del niño con TDA o puede ser también el lugar donde

se presenten los primeros síntomas de inadaptación y de un fracaso personal que es mucho más grave que el fracaso escolar. Por lo tanto, debemos incluir la escuela y los maestros en el plan de tratamiento global del niño con TDA.

Los maestros necesitan saber que el TDA existe y que no es un mito. Y que su alumno con TDA no es más torpe que los demás: podrá trabajar a buen ritmo si se le estimula adecuadamente. Para ello, hace falta prevenir, estructurar, organizar períodos de trabajo de corta duración, establecer una estrecha relación con el alumno, individualizar la enseñanza y utilizar refuerzos positivos. Y el maestro debe comprender (recordando que comprender no equivale a aceptar) también que el alumno mostrará alteraciones en su conducta cuando la tarea sea demasiado difícil, de larga duración, con supervisión excesiva o en situaciones de conflicto emocional.

Tratamientos ineficaces

Se han demostrado ineficaces los tratamientos basados en psicoterapia psicodinámica, terapia familiar, entrenamiento autógeno, aromaterapia, dietas especiales y tratamientos optométricos.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico, combinado con las demás pautas terapéuticas expuestas, garantiza una normal adaptación del niño con TDA y actúa como prevención de otras patologías y situaciones comórbidas.

Muchos padres son reticentes al tratamiento farmacológico, pues ha ido acompañado de mala prensa. Conviene dar todas las explicaciones, desde la argumentación, sobre los efectos positivos de la misma. Y aportar los datos que indican que los pacientes con TDA que han recibido tratamiento farmacológico (siempre y cuando se hayan llevado a cabo los demás aspectos propuestos en el esquema terapéutico) son capaces de escuchar mejor y esforzarse más, muestran más interés por la escuela, terminan antes las tareas, tienen más capacidad de iniciativa, mejoran la presentación de los trabajos escolares y son más asequibles y serviciales.

- **Comprender su trastorno:** su impulsividad, su facilidad para despistarse y el incumplimiento de órdenes a pesar de las reiteradas promesas de cambio
- **Vivir el presente.** Establecer unas metas simples y concretas, a corto plazo: el niño con TDA olvida fácilmente
- **Establecer las directrices educativas,** de manera clara y constante
- **No dejarse contagiar de su inquietud.** La educación de un niño o un adolescente con TDA cansa y agota, pero la efectividad de las actitudes educativas va a depender de la conducta adulta que los padres consigan mantener
- **Ni los castigos ni los premios** han demostrado ser efectivos en el manejo del niño con TDA, aunque pueden estar justificados en algunas ocasiones. Las amenazas de castigo o las promesas de premios son aun más ineficaces
- **Organizar la rutina y los horarios** de la vida cotidiana en casa para los días laborables y también para los fines de semana
- **Descubrir las actividades** del hogar que sean más relajantes para el niño y sus padres, favoreciendo las actividades que reduzcan la tensión ambiental
- **Evitar las situaciones** en que sea previsible un fracaso (ceremonias largas o visitas a casas con espacios reducidos). Conviene no exponerlo a una situación que pueda resultar humillante para él y para el entorno
- **Controlar y contener la propia angustia** y no depositarla en el hijo
- **Educar la autoestima**

Actualmente, en nuestro país, el fármaco de elección es el **metilfenidato** (Rufifen®), que utilizamos a la dosis de 0,6 mg/kg/día, repartidos en dos dosis (mañana y mediodía). En algunas ocasiones, hemos recomendado una tercera dosis a la hora de la merienda (nunca más tarde de las cinco y media de la tarde). Recomendamos el tratamiento discontinuo (solamente los días lectivos), si bien al inicio del tratamiento proponemos que éste se realice incluso durante los fines de semana. De esta manera, permitimos que los propios padres observen los efectos de la medicación y que éstos no queden solamente relegados al ámbito escolar.

Conviene informar a los padres de que la medicación psicoestimulante es eficaz en un alto porcentaje de niños afectados por el TDA, aunque no en la totalidad. Por ello, convendrá hacer un seguimiento de la evolución del niño tanto en la casa como en la escuela.

Asimismo, hay que informar convenientemente sobre los escasos efectos secundarios (excitabilidad, tics, anorexia, dificultades para conciliar el sueño, ansiedad y abdominalgias), que suelen desaparecer tras las primeras semanas de tratamiento. En una serie longitudinal, no hemos observado ninguna detención en la curva de crecimiento. Habrá que informar, asimismo, sobre posibles prejuicios con respecto a la medicación y desmentir posibles falsas creencias que tengan los padres.

El metilfenidato, aun siendo un derivado anfetamínico, utilizando la dosis terapéutica recomendada, no es una droga ni actúa como tal. Y, sobre todo, no incide en una mayor incidencia de hábitos tóxicos o consumo de sustancias en la adolescencia. Bien al contrario, según indican diversos estudios, el tratamiento adecuado y bien controlado del TDA es un factor de protección ante el consumo de sustancias (un posible trastorno comórbido o una complicación del TDA).

Uno de los problemas de la administración del metilfenidato es que muchos niños olvidan la dosis del mediodía, especialmente si se quedan al comedor escolar. La próxima aprobación de una formulación de absorción retardada va a facilitar el cumplimiento terapéutico.

Cuando el TDA se asocia a sintomatología depresiva, la asociación de metilfenidato a un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina suele mejorar espectacularmente la respuesta terapéutica. Hemos obtenido muy buenos resultados con la asociación a la **sertralina**.

Cuando el TDA se asocia a trastornos de conducta importantes, la asociación a bajas dosis de **risperidona** (Risperdal®) suele ser de gran eficacia para obtener un mejor control. Esta asociación se ha mostrado útil también cuando existen tics simples.

Cuando existe una importante falta de control de impulsos y la respuesta al me-

tilfenidato es insuficiente, ha sido eficaz la asociación del mismo al **topiramato**.

Uno de los problemas que se han planteado es la actitud a seguir cuando no observamos una respuesta adecuada al metilfenidato. Se han propuesto distintos fármacos. En nuestra experiencia, hemos obtenido buenos resultados con la **nortriptilina** (Paxtibi®), un antidepresivo tricíclico que se administra en una única dosis nocturna, así como con la **venlafaxina**, un antidepresivo que tiene un efecto serotoninérgico y noradrenérgico en función de la dosis empleada. La próxima comercialización en nuestro país de la **atomoxetina** abre nuevas expectativas en este campo.

PARA CONCLUIR

Un niño con TDA tiende a crear a su alrededor el tipo de actitud ambiental que menos le conviene. A menudo, existe una afectación del diálogo y la comunicación entre el niño y los padres, generando angustia en ellos. Y el círculo vicioso se cierra cuando la angustia de los padres origina más hiperactividad, más impulsividad y más ansiedad en los hijos. Hemos conocido historias de fracaso en las relaciones padres-hijos, llegando incluso, en ocasiones, al enfrentamiento. Se trata de un trastorno que puede originar graves problemas en la esfera bio-psico-social del niño.

Trabajando juntos los profesionales de la salud (pediatras, paidopsiquiatras, psicólogos, pedagogos...), las familias y los maestros, sin olvidar la implicación activa del propio paciente en cuanto sea posible, podremos alcanzar nuestro objetivo final: ayudar al niño y al adolescente con TDA a ser un adulto competente, au-

toconfiado y con autoestima. El esfuerzo bien merece la pena.

BIBLIOGRAFÍA

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1.*** Menéndez I. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad: clínica y diagnóstico. *Rev Psiquiatr Psicol Niño y Adolesc* 2001; **4**: 92-102.

Amplia revisión actualizada sobre el tema. Además de revisar los aspectos del diagnóstico y tratamiento, aborda el tema de la comorbilidad y las características de la adaptación escolar.

2.*** Pascual-Castroviejo I. Enfermedad comórbida del síndrome de déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol* 2002; **35**: 11-7.

Artículo muy importante para comprender a fondo los aspectos de la comorbilidad y las implicaciones que supone de cara al tratamiento. Resalta como dicha comorbilidad es un factor de riesgo sobre el pronóstico del trastorno.

3.** Peña JA, Montiel-Nava C. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad? *Rev Neurol* 2003; **36**: 173-9.

A partir de las críticas que ha recibido el diagnóstico de trastorno por déficit de atención, los autores se plantean un análisis crítico para demostrar su existencia y justificar la falta de acuerdo en las prevalencias, instando a la necesidad de elaborar unos criterios fidedignos y comunes.

4.* Giedd J. ADHD and Substance Abuse. *Medscape Psychiatry & Mental Health* 2003; 8(1). www.medscape.com/viewarticle/456199_print.

Artículo que pone de manifiesto la relación entre consumo de sustancias y el Trastorno por Déficit de Atención. No existe relación entre el consumo de sustancias y la medicación psicótropa. Al contrario, ésta actuaría como factor de protección.

5.*** Green C, Chee K. El niño muy movido o despistado. Barcelona: Ediciones Medici, 2000.

Se trata de un libro muy útil para los padres, y que puede ser utilizado en la consulta para que éstos entiendan a sus hijos con un trastorno por

déficit de atención. Aporta consejos para las distintas situaciones con que se pueden encontrar.

6.* Farré i Riba A, Narbona García J. EDAH: Escalas para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Madrid: TEA Ediciones SA, 1998.

Con todas las reservas, se trata de una escala adaptada a nuestro medio y que es de utilidad para que los profesores nos informen sobre cómo ven a su alumno. Valora los déficits de atención, la hiperactividad y la impulsividad, así como los trastornos de conducta.

7.*** Folch J, Aragay M, Bordas M, Guinart JM, Plans J, Aurich I, Noguera N. Hiperactividad y familia. En: Carencia afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y en la adolescencia (Cuadernos de paidopsiquiatría I). Núria Bassas y Josep Tomàs (ed). Barcelona: Laertes SA de Ediciones; 1996.

Artículo muy interesante para comprender las directrices que requiere la orientación familiar en niños con Trastorno por Déficit de Atención. De utilidad práctica para el pediatra que desea ayudar a los padres.

8.* Sabaté N, Bassas N, Quiles I. Trastorno por déficit de atención (TDA). En: Actitudes educativas, trastornos del lenguaje y otras alteraciones en la infancia y adolescencia (Cuadernos de paidopsiquiatría V) Josep Tomàs (ed). Barcelona: Laertes SA de Ediciones; 1998.

Artículo de revisión sobre el tema.

9.* Tomàs J, Bielsa A. Hipercinesia. En: Carencia afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y en la adolescencia (Cuadernos de paidopsiquiatría I). Núria Bassas y Josep Tomàs (ed), Barcelona: Laertes SA de Ediciones; 1996.

Artículo de revisión. Lo interesante de estos artículos de revisión es que en cada uno de ellos se abordan nuevos aspectos en la presentación y en el manejo global del Trastorno por Déficit de Atención. La verdad es que se ha escrito mucho sobre el tema porque queda aún mucho por comprender.

Caso clínico

Irene acudió por primera vez a la consulta, en enero del año 2000, a la edad de 10 años debido a un episodio de ansiedad de separación. Tenía dificultades para dejar el entorno familiar, con propensión al llanto y negativa a acudir a la escuela.

Irene es la pequeña de dos hermanos. Entre los antecedentes familiares, destaca que el padre es una persona bastante nerviosa, el abuelo paterno padece una “depresión” y un hermano del padre está diagnosticado de trastorno bipolar. Entre los antecedentes personales, destaca un parto distócico, con cianosis neonatal, que requirió reanimación. El desarrollo psicomotor fue normal y no constan antecedentes de enfermedades importantes. Irene está en quinto curso de enseñanza primaria y el rendimiento académico es normal. Se confirmó el diagnóstico de “ansiedad de separación” y se hizo un tratamiento con maprotilina y apoyo emocional, con orientación familiar. La respuesta al tratamiento fue muy positiva, dándose el alta al cabo de un año, pero dejando la puerta abierta a que pudiera consultar cualquier nueva incidencia.

Al cabo de cuatro meses, Irene volvió a acudir a nuestra consulta presentando en este momento un cuadro más intenso de ansiedad de separación, con somatizaciones (cefalea y vómitos) que

le impedían acudir a la escuela (estaba ya en sexto curso de Primaria). En este momento, el rendimiento académico empezaba a flojear, especialmente en las áreas de lenguaje. Ante la repetición del cuadro se solicitó un estudio psicológico completo.

Los resultados obtenidos nos mostraron los siguientes datos:

- Coeficiente intelectual verbal: 105
- Coeficiente intelectual manipulativo: 121
- Coeficiente intelectual global: 116
- Capacidad para mantener la atención visual de forma sostenida: percentil 70
- Calidad de atención visual: percentil 5
- Nivel de ansiedad como rasgo: percentil 80
- Nivel de ansiedad como estado: percentil 80
- Ausencia de sintomatología depresiva.
- Sintomatología de estrés importante: percentil 90

El análisis de las pruebas psicométricas nos indica que existe una diferencia importante entre los coeficientes verbal y manipulativo (16 puntos), a favor del segundo, así como una importante dificultad en la atención visual. Existe además un nivel alto de ansiedad y de estrés.

Tras la valoración neurológica (normal, con la excepción de un test de Fog positivo), ante la sospecha de un “tras-

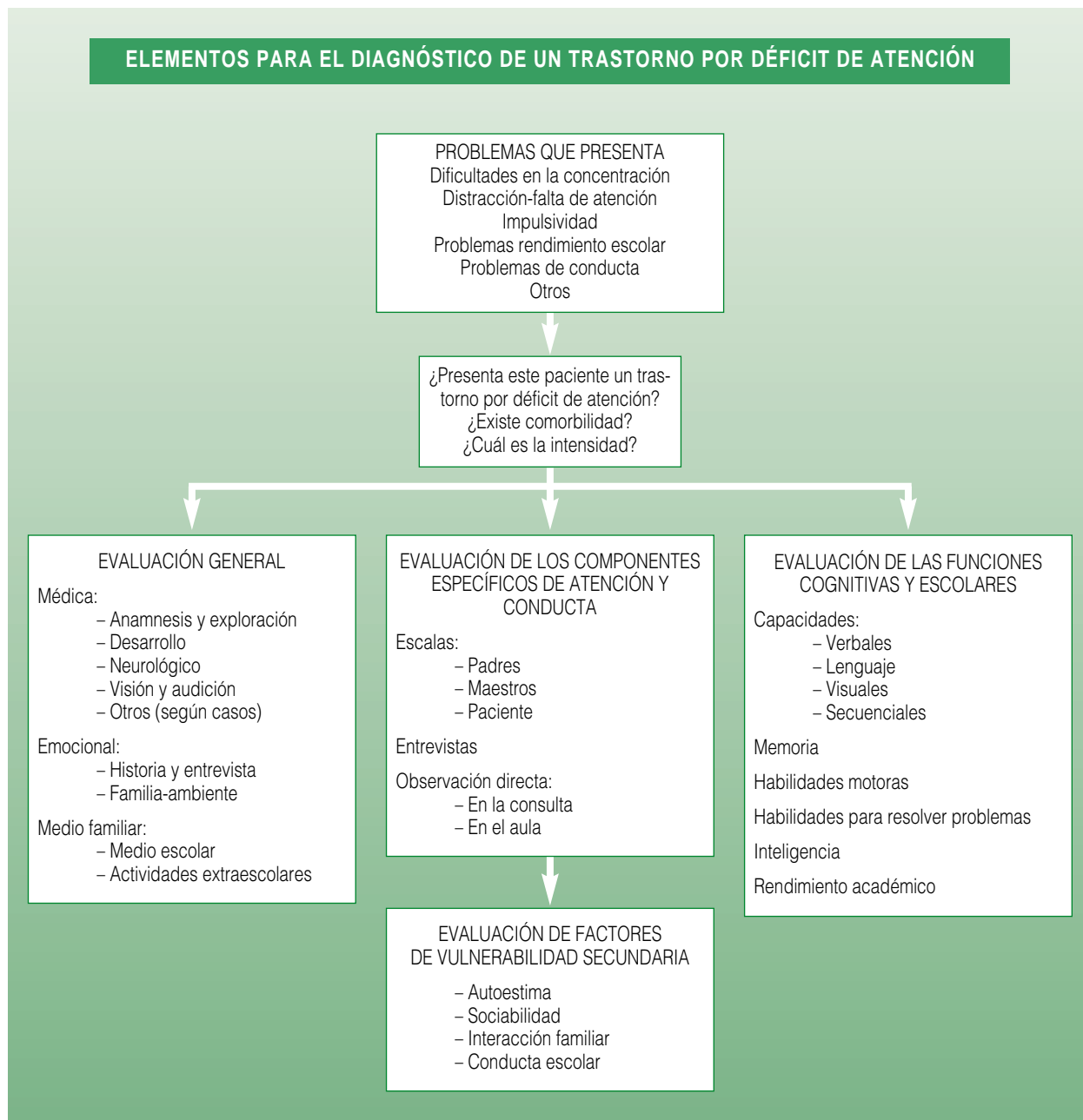
torno por déficit de atención”, se instauró tratamiento médico con metilfenidato (15 mg al día), además de las debidas explicaciones a Irene, a sus padres, y a la escuela. Se orientó además hacia un tratamiento de estimulación de atención y concentración, y se pautaron controles trimestrales.

Se llegó a la hipótesis de que Irene, con un nivel intelectual normal-alto, presentaba unas dificultades de atención y concentración que ella no sabía ni podía controlar. Esta situación le ocasionó una situación de estrés, cuyo desenlace fue el cuadro de ansiedad por separación con somatizaciones, que motivó la consulta.

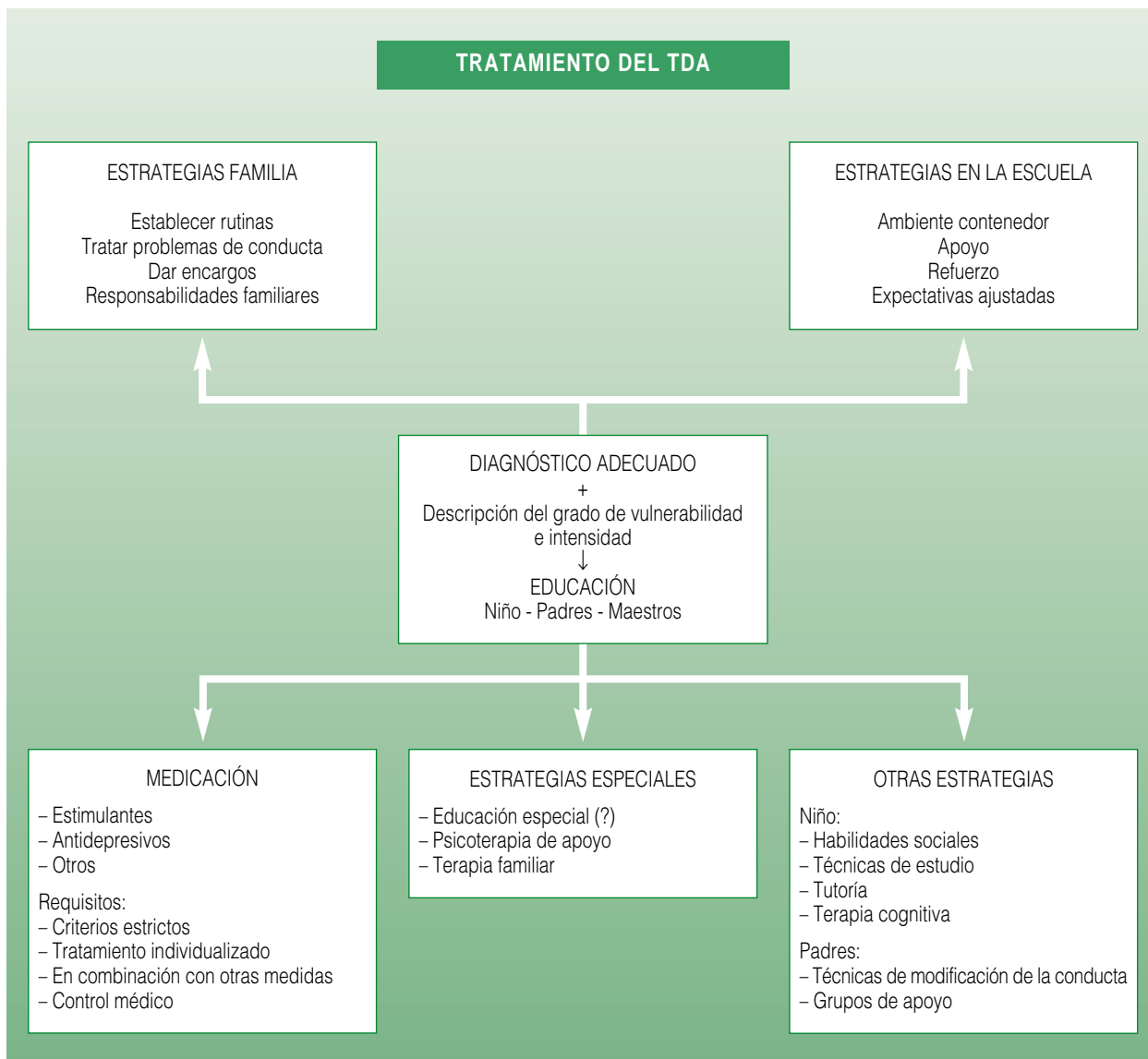
Irene ha acudido este mes de junio pasado a la consulta, para efectuar el control de “final de curso”. Ha seguido tomando el metilfenidato (entre 15 y 20 mg diarios) durante el período lectivo. Ha terminado el segundo curso de enseñanza secundaria con 8 sobresalientes, aunque reconoce sus dificultades en el área de ortografía. Está satisfecha y contenta. No ha vuelto a presentar ningún trastorno de ansiedad ni ninguna somatización. Además ha hecho su crecimiento y desarrollo dentro de los parámetros de la normalidad, con la aparición de la menarquia a los 11 años y 9 meses.

En esta última entrevista, la madre de Irene me comentó: “Le voy a enviar algún día a mi marido, doctor, pues ya he descubierto que tiene lo mismo que Irene. A ver si aún lo puede arreglar...”.

**ALGORITMO:
ELEMENTOS
PARA EL
DIAGNÓSTICO
DE UN
TRASTORNO
POR DÉFICIT
DE ATENCIÓN**



**ALGORITMO:
TRATAMIENTO
DEL TDA**



**ALGORITMO:
EVOLUCIÓN
DEL TDA**
(Gráfico
adaptado y
modificado del
original de
"Modelo
Conceptual del
TDA-H", de
E.M. García
Pérez y A.
Magaz Lago.
Madrid: Grupo
Albor; 2000.

