

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad: un reto compartido

M.C. Gutiérrez Díez^a, A. Santamaría Pablos^b, A. Manuel Gutiérrez^c, E. Bernabé Sánchez^d, P. Arranz Carrillo de Albomoz^e, D. García Benaite^f y C. Redondo Figueroa^g

^aServicio 061 de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud. Santander. Cantabria. España.

^bAlumna tercer ciclo doctorado Universidad de Granada. Granada. España.

^cColegio Jardín de África. Santander. Cantabria. España.

^dProfesora asociada. Universidad de Cantabria. Santander. Cantabria. España.

^eDirectora Técnica del Instituto Antae de Psicología aplicada y *counseling*. Madrid. España.

^fCentro de Salud Vargas. Servicio Cántabro de Salud. Santander. Cantabria. España.

^gPediatra. Centro de Salud Vargas. Servicio Cántabro de Salud. Profesor asociado Universidad de Cantabria. Santander. Cantabria. España.

El trastorno de déficit de atención, hiperactividad e impulsividad (TDAH) es una dificultad que afecta al 3-7% de los escolares y de ellos el 50-75% mantiene esa forma de ser en la edad adulta. De naturaleza congénita, su expresión depende de la modulación del medio ambiente. La importancia del TDAH radica en los problemas de salud, con su repercusión social, derivados de un manejo inadecuado de los síntomas. Son individuos propensos al fracaso escolar, laboral y social, lo cual aumenta la probabilidad de conductas desadaptativas, accidentes, consumo de drogas y trastornos psiquiátricos. Así mismo, un TDAH bien canalizado puede ser un elemento de progreso social y laboral, por su alto nivel de trabajo y facilidad en la ejecución de ideas.

Los expertos aconsejan el diagnóstico y el tratamiento precoz como prevención primaria de la morbilidad, y son los centros de salud el primer eslabón sanitario. El tratamiento es sintomático, de elección con metilfenidato, en el contexto de una asistencia interdisciplinaria médica, farmacológica, psicológica y pedagógica. Esta situación requiere la sensibilización y formación de sanitarios, profesores, familiares, así como del propio interesado con TDAH.

Palabras clave: TDAH, hiperactividad, fracaso escolar, metilfenidato, coordinación interdisciplinaria.

Attention deficit hyperactivity and impulsivity disorder (ADHD) is a difficulty that affects 3-7% of school children, and 50-75% of them continue with problems in adulthood. Its nature is congenital and its expression depends on the modulation of environmental factors. The importance of this disorder arises from the health problems and its social repercussion caused by inadequate handling of the symptoms. These persons are prone to school, work and social failure, this increasing the likelihood of desadaptative behavior, accidents, drugs abuse and psychiatric disorders. Furthermore, a person with a well-channeled ADHD can be an element of social and work progress, due to the high level of work ease of developing and executing ideas.

Experts recommend providing diagnosis and early treatment as primary prevention of morbidity. Presently, the health care sites would be the first health care link. Treatment is symptomatic, this being of choice with methylphenidate, in the context of an interdisciplinary medical, pharmacological, psychological and pedagogical care. This situation makes it necessary to make health care staff, teachers, family and the patient with ADHD aware of the problem and to provide them training in this regards.

Key words: ADHD, hyperactivity, school failure, methylphenidate, interdisciplinary coordination.

Correspondencia: M.C. Gutiérrez Díez.
Avda. Cardenal Herrera Oria, s/n.
Edif. Anexo Hospital Cantabria, 1.ª planta.
39011 Santander. Cantabria. España.
Correos electrónicos: buzgen@061.scsalud.es; cruzgutierrez@gmail.com

Recibido el 06-08-07; aceptado para su publicación el 18-12-07.

INTRODUCCIÓN

El trastorno de déficit de atención, hiperactividad e impulsividad (TDAH) consiste en la dificultad en mantener la atención, tanto cognitiva como conductual, con distintos grados de hiperactividad e impulsividad¹. Está registrado en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), es frecuente, congénito y se asocia a un alto riesgo de morbilidad, lo que justifica la importancia del tratamiento precoz.

El TDAH, como tal, no es una enfermedad, sino una característica genética del individuo^{2,3} que favorece la aparición de problemas en el aprendizaje y el comportamiento. En la actualidad la CIE-9 lo clasifica en “trastornos hiper-cinéticos” (F90) y distingue entre la presencia (F90.1) o ausencia (F90.0) de problemas de conducta.

El TDAH es la causa más frecuente de fracaso escolar⁴, de conflictos de relaciones interpersonales y de rechazo social⁵, lo que aumenta la probabilidad de trastornos depresivos⁶, conductas infractoras⁷, comportamiento violento, consumo de drogas, actividad sexual precoz y paternidad/maternidad temprana⁸. Los rasgos emocionales comunes de estos individuos son la dependencia emocional, la pobre autoestima y la escasa tolerancia al esfuerzo y a la frustración.

La variedad de trastornos psiquiátricos que presentan estos sujetos es mayor en la edad adulta que en la infancia. Los adultos con TDAH tienen más problemas de salud que la población general: derivados del consumo de tóxicos, depresión, ansiedad, accidentes de tráfico, enfermedades de transmisión sexual, así como problemas sociales^{9,10}. Hay que tener en cuenta que el adulto con diagnóstico tardío de TDAH ha tenido que crear sus propios mecanismos desde la niñez, a veces poco saludables, para compensar su trastorno e intentar ser funcional en su vida académica, laboral y social, en una sociedad muy competitiva y poco tolerante como es la actual.

EPIDEMIOLOGÍA

A pesar del interés social por el TDAH, son escasos los estudios epidemiológicos en España¹¹. En Estados Unidos se estima una prevalencia en la edad escolar del 3 al 7%, según el DSM-IV, texto revisado (2000). Con estas cifras, es el trastorno de conducta más frecuente. Cerca del 70% de los escolares con TDAH presentan dificultades en el aprendizaje de la lectura o las matemáticas. El 50% de los padres de niños con TDAH lleva a su hijo a una consulta médica, y de este porcentaje, sólo la mitad recibe un tratamiento adecuado¹².

En familias donde uno de los niños padece TDAH, el riesgo de otro hijo con TDAH asciende hasta un 30-40%. El riesgo se multiplica por ocho cuando uno de los padres tiene TDAH.

Hay estudios que ponen de manifiesto que entre el 50 y 75% de los niños con TDAH continúa con dificultades en su vida adulta con la correspondiente repercusión en la demanda asistencial de Atención Primaria, Psiquiatría y otras especialidades^{13,14}.

ETIOLOGÍA

Se puede hablar de numerosos factores ambientales precipitantes, pero en realidad la etiología radica en factores genéticos.

Se admite que el mayor factor de riesgo de manifestar un TDAH es ser portador de polimorfismos genéticos relacionados con la actividad defectuosa de la dopamina y la noradrenalina. La expresión de estos genes no es siempre igual, su modulación depende de la interacción con el en-

torno del individuo, de forma que los factores ambientales actúan unos como potenciadores y otros como inhibidores¹⁵. Ello explica que los síntomas se manifiesten desde la niñez y se modifiquen a lo largo de la vida.

Los síntomas son la consecuencia de una disfunción neurobiológica en la parte frontal del cerebro. En condiciones normales la función ejecutiva de la región frontal cerebral permite empezar una acción, continuar haciéndola a pesar de las distracciones, enfocar la atención en algo concreto inhibiendo otras respuestas o ideas, hacer cosas a la vez sin perder el hilo, gobernar el control de la impulsividad, permitir elaborar mentalmente una idea antes de ejecutarla y finalmente decidir con antelación si nos interesa realizarla. Los sujetos con TDAH tienen dificultades en el conjunto de este proceso.

DIAGNÓSTICO

La sospecha surge con la escolarización, cuando se exige que el niño esté atento y se someta a normas. Los expertos destacan la importancia del diagnóstico precoz como prevención de la morbilidad y que el primer eslabón sanitario son los centros de salud¹⁶. El diagnóstico, en sí mismo, es muy sencillo, se basa en criterios clínicos objetivos. Las características principales son:

1. Actividad excesiva e inapropiada sin relación a la tarea.
2. Dificultad en mantener la atención.
3. Dificultad para inhibir impulsos.
4. Dificultad en llevarse bien.
5. Bajo rendimiento escolar/laboral.
6. Baja autoestima.
7. Comorbilidad.

Todo ello de forma persistente y en los tres ámbitos: el escolar (social), el familiar y la actitud en la consulta.

El procedimiento diagnóstico idóneo requiere tres valoraciones: la médica, con el correspondiente diagnóstico diferencial; la psicológica, mediante la cual se ponen de manifiesto las capacidades y limitaciones del sujeto, y la psicopedagógica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hay una gran variedad de problemas médicos y sociales que se pueden parecer al TDAH. El déficit de atención también puede estar presente en problemas de visión, audición, epilepsia, secuelas de traumatismo craneal, capacidad intelectual en el límite de retraso mental, depresión, malnutrición, sueño insuficiente, miedo real, malos tratos, efectos adversos de fármacos, o relacionado con el consumo de drogas, como alcohol, marihuana, cocaína, inhalantes volátiles, etc.

La hiperactividad del TDAH también puede ser confundida con la enfermedad bipolar de comienzo temprano y con aquellos sujetos con un temperamento difícil en la parte alta del espectro normal de actividad.

En cuanto al bajo rendimiento escolar/laboral, siempre han existido sujetos impacientes, inquietos y vagos sin há-

bito de estudio y sin motivación por el trabajo que no padecen TDAH y también otros con TDAH catalogados de vagos.

TRATAMIENTO

El tratamiento es una necesidad desde el mismo momento que el TDAH suponga un riesgo de discapacidad.

Las intervenciones terapéuticas están centradas en las siguientes áreas: una, tratamiento farmacológico del desequilibrio de neurotransmisores, de elección el metilfenidato¹⁷; dos, entrenamiento en habilidades de organización; tres, modificación de las conductas desadaptativas; y cuatro, entrenamiento en habilidades de relación con uno mismo y el entorno. Todo ello en el contexto multimodal e interdisciplinar médico, farmacológico, psicológico y pedagógico¹⁸, tanto del sujeto como de la familia¹⁹.

El plan de acción para cada TDAH debe ser coordinado por un responsable concreto y asumido por un equipo de especialistas con experiencia en problemas psiquiátricos y del comportamiento, con la posibilidad de coordinar recursos de apoyo con la familia y el colegio. En principio estos sujetos pueden ser controlados por profesionales de Atención Primaria, derivando los casos complicados a Salud Mental.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico es ineludible, pero ello no significa que una pastilla milagrosa sea la solución. El medicamento más utilizado es el metilfenidato, un psicoestimulante derivado anfetamínico que mejora tanto la hiperactividad como la inatención en el TDAH. Más de 60 años de experiencia avalan este fármaco y más de 150 estudios en diversos países confirman su eficacia y seguridad. Por ser un estimulante puede producir efectos secundarios dosis dependientes, generalmente leves y fácilmente reversibles, como cefalea, disminución del apetito o disminución del sueño. El efecto del metilfenidato es rápido y corto, por lo que se precisa una dosis por la mañana y otra a la hora de comer (por ejemplo, Rubifen®). En España ya está comercializada la forma galénica de liberación prolongada (por ejemplo, Medikinet® o Concerta®), que aporta la ventaja de una sola dosis por la mañana. Unos especialistas aconsejan el tratamiento farmacológico todos los días y otros aconsejan descansar los fines de semana y las vacaciones; los primeros alegan que no sólo se aprende en el colegio, sino en cualquier situación y además el comportamiento empeora en ausencia de medicación.

La atomoxetina es un nuevo medicamento no anfetamínico que se está utilizando en otros países en niños, adolescentes y adultos con TDAH. Parece que es eficaz y seguro, su efecto positivo dura todo el día y puede administrarse en una sola toma por la mañana. En España está pendiente su comercialización con el nombre de Strattera®.

Tratamiento no farmacológico

La intervención psicoterapéutica aislada es insuficiente. Lo ideal es empezar por el control de los síntomas con fárma-

cos y cuando el sujeto esté en condiciones de prestar atención, aplicar la terapia psicológica. Existen varios tipos de psicoterapia y planes de entrenamiento en habilidades de reflexión, comunicación, modificación de comportamientos y resolución de conflictos, trabajo de fondo tanto del interesado como de sus allegados.

En el caso del niño con TDAH, se entrena a los padres para que prioricen los comportamientos que quieren que el niño haga, poniendo al principio de la lista lo importante y dejando órdenes menos importantes para el final. El sujeto con TDAH tiene que entender que las normas son para cumplirlas y que su condición de enfermo con TDAH no justifica las infracciones. También se recalca a los padres que el TDAH del niño no es culpa suya y que es importante que el niño tome el fármaco. A nivel escolar no es preciso hacer una disminución de la exigencia sólo porque padezca un TDAH, estos niños tienen un coeficiente intelectual alto, medio o bajo, como el resto de la población, lo que ocurre es que les cuesta sacar partido a su inteligencia. Hay numerosas estrategias que mejoran la eficacia a la hora de obtener mejores resultados, como por ejemplo evitar exámenes largos, ensalzar públicamente los éxitos y aplicar de forma sinérgica técnicas de evaluación oral y escrita en el contexto de evaluación continua. Suele dar resultado el premio y el reconocimiento de los comportamientos positivos con el llamado sistema de puntos.

En el adulto con TDAH, la situación es más compleja pues la mayoría sigue improvisando el manejo de sus síntomas, su vida en pareja es difícil y son frecuentes otros problemas psiquiátricos como la depresión o la ansiedad, los cuales requieren atención específica.

En cualquier caso es una necesidad complementar la terapia con el entrenamiento en técnicas relacionales tanto del sujeto con TDAH como de familiares y profesionales. El *counselling*²⁰ es una de ellas y su eficacia ha sido demostrada en entornos con gran sobrecarga emocional; es un procedimiento que se puede aprender²¹, que se fundamenta en la ética, en la comunicación asertiva, en el soporte emocional, en la autorregulación y en la resolución de problemas. Ello supone el esfuerzo personal de revisar la propia actitud, admitir el papel de uno mismo en la génesis de los conflictos, preguntar, no presuponer, identificar las necesidades concretas, abordar temores, entender las emociones y... ¿por qué no? ¡Pedir cambios!

DISCUSIÓN

Es relevante la prevalencia del TDAH. Nosotros creemos que la alarma surge no ante su presencia, sino ante la problemática de no saber abordarlo ¿la familia?, ¿los profesores?, ¿los servicios sanitarios?

¿Los padres? Tienen un reto importante desde el punto de vista pedagógico-conductual. Se les pide que sean auténticos profesionales del manejo de la conducta en situaciones tan especiales como el TDAH y en la mayoría de los casos sin orientación. La convivencia familiar está marcada por las dificultades intrínsecas de estos niños: no tienen pensamiento reflexivo, la acción es involuntaria, violenta, súbita, imperiosa, explosiva, incoercible; el niño

actúa antes de pensar, cambia con excesiva frecuencia de una actividad a otra, no presta atención a los detalles, no sigue instrucciones, no escucha, extravía objetos continuamente, habla en exceso, interrumpe constantemente las conversaciones y se entromete en las actividades de los demás. Son frecuentes las quejas del colegio, los gastos en ayuda extraescolar y la repetición de cursos. Por cultura, la madre es la que suele asumir la responsabilidad primaria de la crianza de los hijos, la organización de la casa, el seguimiento del colegio, el apoyo emocional de la familia y además suele ser una profesional que tiene que dar la talla como tal. La situación se complica cuando los roles en la pareja no se intercambian y los otros hijos muestran resentimiento hacia su hermano hiperactivo y destructivo, sintiéndose desatendidos por unos padres que dedican gran parte del tiempo a disciplinar al hermano con TDAH y gran parte de la economía a educarle. En estas condiciones, la familia está sometida a un gran desgaste emocional, y la mujer es la más vulnerable²².

¿En el colegio? La dinámica escolar con estos niños es parecida. Si hablamos de un 5% supone que lo probable es tener a un niño de estas características por aula. Muchos son repetidores de curso, con la etiqueta de mal educado y vago. Tienen dificultades para utilizar la agenda y organizarse en el estudio, con tendencia a levantar la voz, les cuesta guardar turno, necesitan supervisión constante. El resultado es que estos niños, a pesar de su inteligencia, se despistan, no siguen el desarrollo de la clase y generan dificultades de interacción con compañeros y profesores. La imagen que perciben de sí mismos es de fracaso, lo cual intentan compensar como pueden para ser aceptados socialmente, a veces con mecanismos poco acertados. Es cierto que el nuevo plan de enseñanza contempla la atención a la diversidad como una prioridad del sistema educativo y que cada vez hay más centros escolares sensibilizados ante el problema²³.

¿A quién acudir? Los padres sienten que los médicos de sus centros de salud no saben lo suficiente acerca de este trastorno y no saben cómo dirigirse a un especialista capaz de manejar el TDAH. Es posible que si actualmente en Atención Primaria no se aborda el TDAH de forma óptima, sea debido a la escasa sensibilización y formación pediátrica de este trastorno y no porque desde la Atención Primaria no se pueda afrontar un problema interdisciplinar como el que nos ocupa. Por otro lado, la falta de personal ante la presión asistencial en Atención Primaria y ante la presión escolar en los centros de educación no facilita las cosas. La Administración tiene que darse cuenta de que es rentable invertir en el tratamiento de estas patologías emergentes en la infancia, por el bien de la sociedad futura.

Afortunadamente el TDAH no se trata de un determinismo biográfico irremediable. Hay profesionales que, con su TDAH, se han adaptado muy bien en su entorno social y laboral, incluso destacando en áreas concretas como Periodismo, Medicina, Trabajo Social o Economía. Ciertamente que su matriz personal dificulta el razonamiento reflexivo en su enfrentamiento con la realidad, pero las propensio-

nes pueden cambiarse o al menos reciclarse con un entrenamiento adecuado. Un TDAH bien canalizado puede ser un elemento de progreso social y laboral, apreciado en el mundo empresarial por su alto nivel de actividad, por su facilidad de convertir lo imaginado en real, sin sentirse invalidado por las dudas o el miedo, pasando con gran fluidez de las ideas a los hechos, con la correspondiente productividad.

En fin, el TDAH es una característica del individuo que supone un alto riesgo de problemas de salud con su repercusión social. Es una necesidad el abordaje interdisciplinar para ayudar a que estas personas crezcan con sus "momentos de TDAH" como una característica más de su personalidad, potenciando sus cualidades. El tratamiento es sintomático y el máximo provecho se obtiene con la interacción sinérgica de la terapia farmacológica, cognitiva y conductual, tanto del paciente como de sus familiares. Es deseable la coordinación, a través de unidades específicas y guías de consenso²⁴, que aúnen la labor de cada uno de los profesionales implicados en el TDAH. Todo un reto compartido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pritchard VE, Neumann E, Rucklidge JJ. Interference and negative priming effects in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychol.* 2007;120:91-122.
2. <http://www.trastornohiperactividad.com>
3. Wolraich ML. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Semin Pediatr Neurol.* 2006;13:279-85.
4. Simonoff E, Pickles A, Wood N, Gringras P, Chadwick O. ADHD symptoms in children with mild intellectual disability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46:591-600.
5. Martin JK, Pescosolido BA, Olafsdottir S, McLeod JD. The construction of fear: Americans' preferences for social distance from children and adolescents with mental health problems. *J Health Soc Behav.* 2007;48:50-67.
6. MacPhee AR, Andrews JJ. Risk factors for depression in early adolescence. *Adolescence.* 2006;41:435-66.
7. Chang HL, Chen SH, Huang C. Temperament of juvenile delinquents with history of substance abuse. *Chang Gung Med J.* 2007;30:47-52.
8. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45:192-202.
9. Richards TL, Deffenbacher JL, Rosen LA, Barkley RA, Rodricks T. Driving anger and driving behavior in adults with ADHD. *J Atten Disord.* 2006;10:54-64.
10. Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM, et al. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychol Med.* 2006;36:167-79.
11. Moreno S. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad infantil. Algo más que niños inquietos e impulsivos. *Diario Médico*, 15 de octubre de 2007. p. 16-7.
12. Blew H, Kenny G. Attention deficit hyperactivity disorder: the current debate and neglected dimensions. *J Child Health Care.* 2006;10:251-63.
13. Biederman J, Wilens TE, Spencer TJ, Adler LA. Diagnosis and treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *CNS Spectr.* 2007;12 Suppl 6:1-15.
14. Yoshimasu K, Yamashita H, Kiyohara C, Miyashita K. Epidemiology, treatment and prevention of attention deficit/hyperactivity disorder: a review. *Nippon Koshu Eisei Zasshi.* 2006;53:398-410.
15. Miranda-Casas A, Grau-Sevilla D, Marco-Taberner R, Rosello B. Discipline styles in families with children with attention deficit hyperactivity disorder: their influence on the course of the disorder. *Rev Neurol.* 2007;44 Suppl 2:S23-5.

16. Schlander M, Schwarz O, Trott GE, Viapiano M, Bonauer N. Who cares for patients with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)? Insights from Nordbaden (Germany) on administrative prevalence and physician involvement in health care provision. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16:430-8.
17. Rosello B, Pitarch I, Abad L. The course of behaviour changes in children with attention deficit and hyperactivity after drug treatment. *Rev Neurol*. 2002;34 Suppl 1:S82-90.
18. Mariani JJ, Levin FR. Treatment strategies for co-occurring ADHD and substance use disorders. *Am J Addict*. 2007;16 Suppl 1:45-54; quiz 55-6.
19. Cunningham CE. A family-centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ambul Pediatr*. 2007;7 Suppl 1:60-72.
20. Costa M, López E. Manual para la ayuda psicológica. Dar para poder vivir. Más allá del *counselling*. Madrid: Pirámide; 2006.
21. Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. 2.ª ed. Barcelona: Ariel; 2005.
22. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE Jr, Williams SH, Baumann BL, Kipp H, et al. Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dev Psychol*. 2007;43:70-82.
23. Mena B, Nicolau R, Salat R, Tort P, Romero B. Guía práctica para educadores. El alumno con TDAH. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. 2.ª ed. Ed. Mayo SA. Disponible en: [http://www.f-adana.org/uploads/revistas/LIBRO_ALUMNO_TDAH_\(11\)_indd.pdf](http://www.f-adana.org/uploads/revistas/LIBRO_ALUMNO_TDAH_(11)_indd.pdf)
24. American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: treatment of the schoolaged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2001;108: 1033-44.