

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA

Vol. 11, número 2, 2012



TDAH: Una Visión Multidisciplinar

Yolanda Zapico Merayo y José María Pelayo Terán
(Compiladores)

CUADERNOS DE **PSIQUIATRIA** **COMUNITARIA**

Vol. 11, número 2, 2012



TDAH: Una Visión Multidisciplinar

Yolanda Zapico Merayo y José María Pelayo Terán
(Compiladores)

Fundada en 2001.

Consejo de redacción: Víctor Aparicio Basauri, Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, Cristina Fernández Álvarez, José Filgueira Lois, Ignacio López Fernández, Pedro Marina González, Juan José Martínez Jambrina, Ana Esther Sánchez Gutiérrez y César Sanz de la Garza.

© Copyright 2001: Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental
- Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)

e-mail: aenasturias@hotmail.com

La revista puede ser vista en la página web **www.aen.es** de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el apartado de publicaciones (otras publicaciones).

Ilustración de la cubierta: Sin título, 1984- Acrílico, serigrafía y óleo sobre tela. por Jean-Michel Basquiat. Propiedad Jean-Michel Basquiat.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Número de ejemplares: 300

Depósito legal: AS – 3.607 – 01

ISSN: 1578/9594

Impresión : Imprenta Goymar, S.L. – Padre Suárez, 2 – Oviedo.

Periodicidad: Semestral

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria colabora con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la **Organización Mundial de la Salud**.

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 11 - Núm. 2 - 2012

ARTÍCULOS ORIGINALES

Aspectos históricos y evolución del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Mitos y realidades.

José María Pelayo Terán, Pedro Trabajo Vega, Yolanda Zapico Merayo..... 7

Protocolo de intervención en TDAH

Flora María Vega Fernández 21

El papel del psicólogo clínico en el abordaje del trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Sara Pascual Lema..... 37

Comprensión y respuesta educativa al TDAH

Ángel Hidalgo Pérez 55

Intervención social en los trastornos de conducta perturbadora (incluidos TDAH)

Ester González Camino 73

Caracterización y evolución del TDAH en la etapa adulta

Nicolás Martín Navarro 87

Controversias en el TDAH

Yolanda Zapico Merayo, José María Pelayo Terán..... 97

INFORMES

Carta de Nairobi 107

REUNIONES CIENTÍFICAS 117

NORMAS DE PUBLICACIÓN 125

Aspectos históricos y evolución del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Mitos y realidades

Historic aspects and development of the concept of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD):
Myths and facts

José María Pelayo Terán
Psiquiatra (Asturias).

Pedro Trabajo Vega
Psiquiatra (Asturias).

Yolanda Zapico Merayo
Psiquiatra (León).

RESUMEN

El presente artículo describe la evolución histórica del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Comenzando por anécdotas históricas relacionadas con este trastorno, se analizan los constructos progresivos de déficit de control moral, disfunción/lesión cerebral mínima, hiperactividad y déficit de atención hasta las actuales definiciones y sistemas de clasificación en el contexto de las corrientes científicas y culturales de cada momento. El concepto actual de TDAH se fundamenta en una evolución desde observaciones al menos tan antiguas como otros trastornos psiquiátricos, aunque no está libre de controversias científicas y culturales.

Palabras clave: Historia de la Psiquiatría, TDAH, Disfunción Cerebral Mínima, Síndrome Hiperkinético, Hiperactividad, Déficit de Atención.

INTRODUCCIÓN

El concepto del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) ha generado un buen número de controversias muchas de las cuales aún siguen plenamente vigentes hoy en día. En general, distintas

ABSTRACT

The present review describes the historic evolution of the concept of Attention Deficit with Hyperactivity (ADHD). Starting with the Historic anecdotes, we analyse the progressive constructs of defect of moral control, minimal brain dysfunction/damage, hyperactivity and attention deficit, until the current definitions and classification systems. The review has been performed in the context of the cultural and scientific trends of each Historical period. ADHD current concept is based in a progressive development from clinical observations that are, at least, as old as in other psychiatric disorders, although it is not free of scientific and cultural controversies.

Key words: History of Psychiatry, ADHD, Minimal Brain Dysfunction, Hyperkinetic syndrome, Hyperactivity, Attention Deficit.

conceptualizaciones acerca del trastorno y su etiología separan casi irreconciliablemente a distintos psiquiatras y psicólogos, a estos de otros profesionales en el ámbito de la atención a la población infantojuvenil (profesores, orientadores, servicios sociales), así como a los usuarios de servicios y familias. En este

sentido es frecuente encontrar opiniones contradictorias entre sí acerca en el TDAH.

Un primer punto de vista que podría denominarse «biologicista», definiría el TDAH como un trastorno cerebral de origen biológico, siendo los factores genéticos influidos por aspectos ambientales la causa fundamental del trastorno, lo que daría lugar a alteraciones cerebrales y cognitivas básicas y su tratamiento debería consistir fundamentalmente en psicofármacos y un control conductual directivo y estricto. De forma opuesta, desde una concepción «psicologicista», el TDAH no sería tanto un trastorno o una enfermedad como una variante psicológica del desarrollo acentuada por aspectos sociales (intolerancia al ambiente) que daría lugar a alteraciones emocionales y cuyo abordaje debería basarse en medidas de soporte emocional y apoyo educativo. Mientras que la visión biologicista se apoya en las evidencias aportadas por los estudios de neuroimagen, genéticos, los ensayos clínicos farmacológicos y la psicología experimental del TDAH, la variante psicologicista argumenta datos como el incremento de la prevalencia del trastorno en las últimas décadas, la variabilidad del diagnóstico entre regiones, la demostración de trastornos emocionales importantes y frecuentes en el TDAH y la alta variabilidad en los resultados de las intervenciones. Junto a estas distintas posiciones se encuentran opiniones contrarias que niegan la existencia del trastorno, enfatizando la influencia e interés de las compañías farmacológicas, creándose así el mito de la «invención del TDAH». En el presente artículo, se analiza desde un punto de vista histórico los antecedentes del TDAH y la evolución de sus concepciones junto con los cambios históricos respecto al conocimiento del niño, sus trastornos y

la salud mental que permitan reconocer el origen de estos distintos puntos de vista.

LA IDEA DE LA INFANCIA

Como se analiza a lo largo de este artículo, a pesar de una noción de TDAH como un concepto «nuevo y moderno», las descripciones clínicas de síntomas propios de este trastorno en sus tres dimensiones (atención, hiperactividad, impulsividad) en niños pueden encontrarse en textos médicos desde hace algo más de 200 años, al igual que muchas de las descripciones clásicas de otras enfermedades mentales, e incluso algunas referencias históricas anecdóticas, apuntan a la posible observación previa de comportamientos que podrían ser compatibles con el trastorno.

Sin embargo, cuando se trata de analizar la aparición del concepto de TDAH y su evolución histórica, se hace necesario tener en cuenta el contexto más amplio de la noción de «Infancia» en que este concepto se desarrolla. Mientras que sería esperable que esta se definiese por las etapas evolutivas de la madurez psicobiológica, suele estar sesgada de forma importante por las variaciones históricas y culturales como se ha puesto de manifiesto desde la antropología cultural^[1]. A diferencia de otros aspectos como la política y los conflictos bélicos, la familia y la infancia ha sido un aspecto olvidado para la mayor parte de historiadores, suponiendo los aspectos privados (en oposición a la vida pública) como algo fuera del alcance de la investigación de la historia, a pesar de su importancia fundamental en la sociedad. Ya en los trabajos del historiador Phillip Aries se destaca que la infancia es una construcción histórica que termina de ser elaborada en la modernidad^[2] y explica una ausencia de atención a la infancia en

relación a la elevadísima mortalidad infantil hasta el siglo XVIII. Aunque este trabajo ha sido criticado posteriormente, Lloyd deMause desde la psichistoria ha podido establecer una serie de fases históricas en los modelos de crianza occidentales nada optimistas^[3]. DeMause establece que el motor del cambio histórico se basa precisamente en los cambios generacionales de relación paterno-filial y como indicadores de esta evolución establece unos periodos históricos centrados en el tipo y características de esta relación padres-hijos (**tabla 1**). En la época medieval y preindustrial, el niño es considerado poco menos que un adulto inmaduro y mano de obra utilizable, no apareciendo el concepto de una psicología infantil hasta el s. XVIII y el s. XIX, en que surge un interés general hacia el funcionamiento de la mente del niño. Esto se refleja en el hecho de que la mayor parte de los mayores de 7 años eran (y aún lo son en algunos países) trabajadores, siendo el comportamiento indisciplinado y rebelde una de las preocupaciones principales hacia ellos, sin que hubiese una posible noción de trastorno mental^[4]. De forma pareja, la utilización de mano de obra infantil en la transición del s. XIX hasta el s. XX se ha relacionado con las tasas de escolarización y absentismo escolar, tanto en medios rurales como en zonas de elevada industrialización^[5] que conllevan un importante fracaso del sistema educativo iniciado con el Plan General de Instrucción Pública de 1836 en el caso de España y la Ley Monayo de 1857^[6] que determinaba una obligatoriedad de los 6 a los 9 años de edad. La transformación del concepto de la infancia así como las necesidades cambiantes (por ejemplo la creciente necesidad de empleados educados en aspectos de alfabetización, álgebra y otros) ha conllevado asimismo la transformación pro-

gresiva de la educación, su universalización y la obligatoriedad de enseñanza que llegó a los 16 años con la LOGSE de 1990^[7], ley dirigida a garantizar los derechos constitucionales en educación.

ANÉCDOTAS HISTÓRICAS

A pesar de que es habitual hacer referencia a la conferencia de George Still de 1902 como la primera descripción clínica del TDAH, algunos autores han intentado buscar referencias más antiguas con base histórica para este trastorno, incluso desde ámbitos no clínicos, pero que coincidirían con la sintomatología actual. Dado lo puntual de las mismas, podrían calificarse de anécdotas. Así, Auster^[8] ha referido un posible ejemplo de TDAH subtipo inatento en el Talmud babilónico, donde se narra la historia de un niño incapaz de concentrarse ni de aprender sus lecciones tras cientos de intentos, lo cual podría suponer una antigüedad de más de 1700 años para el trastorno. Mucho más recientemente, Kast *et al.*^[9] encontraron en el cuadro «Thevillagescholl» del pintor holandés JanSteen de 1670 un grupo de niños que podrían cumplir los 6 criterios actuales de la dimensión hiperactividad del trastorno. Aunque es posible encontrar incluso otras referencias como la atribución de un posible TDAH a diferentes personajes históricos (véase el ejemplo de Lord Byron a quien también se le ha atribuido un posible trastorno bipolar)^[10], sólo nos detendremos en un caso más, las conocidas historias de Hoffman que inevitablemente aparece en las introducciones históricas del TDAH. Heinrich Hoffman fue un médico nacido en Frankfurt en 1809 y posteriormente fue fundador en 1851 de un hospital psiquiátrico de la misma ciudad del que fue director hasta su muerte en 1888^[11]. A pesar de su profesión, su relación con el TDAH no proviene de este ámbito sino de su

DENOMINACIÓN	PERIODO HISTÓRICO	CARACTERÍSTICAS
Infanticidio	Antigüedad- s.IV	Elevada mortalidad por infanticidio como forma de resolver dificultades en la crianza e impacto en el superviviente
Abandono	s. IV - XIII	Aceptación de niño como poseedor de alma (infanticidio no aceptable). Entrega a ama de cría, Envío a convento/monasterio, Niño como criado en casa de noble Abandono afectivo en el hogar.
Ambivalencia	s. XIV - XVII	Entrada en la vida afectiva de los padres Necesidad de moldeado del niño (“Arcilla a la que dar forma”) Proliferación del castigo físico y psíquico del “niño malvado”, posteriormente del encierro (cuarto oscuro)
Intrusión	s. XVIII	Interés en la modificación de la psicología del niño (crianza como dominio de su mente). Noción de niño como adulto incompleto. Disciplina dura. Maltrato psicológico y descripción de sus consecuencias (pesadillas, alucinaciones, obsesiones)
Socialización	s. XIX - Medios XX	Proliferación de las guerras y revolución industrial. Niño como mano de obra económica y explotación Transformación progresiva de la crianza de dominio a formación.
Ayuda	Medios de s. XX	“El niño sabe mejor que el padre lo que necesita en cada etapa” Esfuerzo de ambos padres en Empatizar, satisfacer necesidades. Desaparición progresiva del castigo. Exigencia a los padres de una creciente cantidad de tiempo, energía y diálogo.

TABLA1. PERIODOS HISTÓRICOS DE LA INFANCIA SEGÚN LA TEORÍA PSICOGENÉTICA DE DEMAUSSÉ.

afición a escribir y publicar sátiras, poesía y cuentos para niños. Cuando su hijo Carl Phillip cumplió 4 años (1844), Hoffman le regaló el libro posteriormente retitulado «Der Struwwelpeter» (Pedro el desgreñado o Pedro el melenas) escrito y acompañado de dibujos realizados por el propio

Hoffman^[12]. En este libro se incluyen dos interesantes historias que ilustran comportamientos propios de niños con un TDAH. «Die Geschichte vom Zappel-Philipp» (Phil el inquieto o Phil el travieso) describe a un niño inquieto e incapaz de comportarse, que exaspera a sus padres en la mesa por su

inquietud, impulsividad y falta de atención, llegando a cubrir una gran parte del espectro sintomático del trastorno. Valga de ejemplo el fragmento inicial de esta historia para ilustrar el comportamiento descrito (traducción en español de Víctor Canicio).

*—Vamos a ver si hoy, por fin,
se está quieto Felipín-
fue lo primero que dijo
muy serio el padre a su hijo
mientras la madre compuesta
contempla la mesa puesta.
Felipín de aquel aviso
hace siempre caso omiso:
Se estremece,
patalea,
se revuelve
y balancea
en la silla sin descanso.*

—«¡Felipe no hagas el ganso!»^[13]

*«Ob der Philippheutestill
wohlbei Tische sitzenwill?»
alsosprach in ernstem Ton
der Papa zuseinemSohn,
und die Mutterblicktestumm
aufdemganzenTischherum.
Doch der Philipphörtenicht,
waszu ihm der Vaterspricht.
ergaukelt
undschauelt,
ertrappelt
undzappelt
AufdemStuhlehinundher.
—«Philipp, das mißfällt mir sehr.*

De forma añadida, otras dos historias del libro ilustran conductas relacionadas, como 'Die Geschichte vom bösen Friederich' (La Historia de Federico el Cruel), un niño de mala conducta y maltrato a animales (propia del trastorno disocial) y 'Die Geschichte von Hans Guck-in-die-Luft'

(La Historia de Juan Babioca), un niño despistado que nunca se fija por donde va (propia del trastorno de atención). Sin embargo, es preciso contextualizar este libro, ya que difícilmente puede constituir una descripción clínica al uso. A pesar de la profesión de Hoffman, en el momento de escribir estas historias no se realiza desde una posición médica si no con la intención de escribir libros específicamente para niños, con historias que les resulten divertidas y entretenidas, con ese componente satírico al que era aficionado y muy alejado de críticas que se posicionan en una visión negativa de la infancia por parte de Hoffman^[14].

LAS PRIMERAS DESCRIPCIONES CLÍNICAS

Las posiciones de los primeros clínicos de la psiquiatría como Esquirol darían una escasa cabida al trastorno mental entre los niños, puesto que aquel se conceptualizaba como una alteración de la razón, presupuesto no aplicable según la época a los niños, en que no existe razón^[15], y suponiendo las alteraciones de comportamiento como hechos constitucionales en muchas ocasiones.

De forma excepcional para la época, un médico escocés, Sir Alexander Crichton publicó en 1798 un libro de observaciones clínicas dirigidas a la investigación de las causas de la «enajenación mental» (*«An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their deficits»*). El capítulo II de este libro^[16] se encuentra precisamente dirigido a la atención y sus trastornos (*«On Attention and its Diseases»*), presentando una definición de la atención

(«Cuando cualquier objeto de sentido externo o de pensamiento ocupa la mente en un grado tal que la persona no recibe una percepción clara de ninguna otra, se dice que atiende a él») y distinguiendo entre variaciones normales y alteraciones mórbidas de la atención. Entre estas alteraciones se encuentra la que denominó la incapacidad de atender a cualquier objeto con el grado necesario de constancia, que coincide con la descripción DSM-IV-TR en su definición y sus características, incluyendo la evidencia de un inicio temprano en la vida del sujeto. Todo ello, pese a la ausencia de descripción de síntomas de hiperactividad, sugiere la observación durante esa época de algunos síntomas clásicos del déficit de atención. Otras descripciones de la época hablan de la incontrolabilidad y así, en 1809, Haslam^[17] describe un caso de un niño de 10 años consentido, travieso e incontrolable, con escasa atención, resistencia al castigo y rasgos disociales (cruel y destructivo, amenazas de suicidio). En 1812, el clínico estadounidense Benjamin Rush^[18] describe la idea de un defecto constitucional de control (refiriéndose a las funciones morales de la mente). Progresivamente en el s. XIX las alteraciones conductuales en niños y adolescentes se dejan de considerar simples maldades a corregir con el castigo físico y comienzan a atribuirse al concepto de *«insanity»* (demencia o locura), incrementándose los ingresos en instituciones psiquiátricas para ser protegidos^[19].

FREDERICK GEORGES STILL: EL DEFECTO DE CONTROL MORAL

En 1901 Still describe en las conferencias Goulstonianas un grupo de 43 niños con lo que se ha denominado la primera descripción clínica moderna del TDAH,

que el llamó «déficit de control moral»^[20]. Estos niños, según las propias palabras de Still eran con frecuencia agresivos, desafiantes, resistentes a la disciplina y excesivamente emocionales o pasionales. Además presentaban problemas con la atención sostenida y no aprendían las consecuencias de sus actos. Still consideraba que presentaban una escasa inhibición volitiva y destacó un origen constitucional del trastorno. Esta descripción que en ocasiones se ha referido como casi idéntica a la actual, sin embargo, se acompañó también de la descripción de niños patológicamente mentirosos, insensibles al castigo, agresivos, desafiantes de la autoridad, faltos de afecto o crueles, sugiriendo en conjunto una descripción de síntomas relacionados con los trastornos de conducta perturbadora o externalizantes en general, más que específicamente el TDAH, aunque debe tenerse en cuenta que otros trastornos de este epígrafe (los trastornos de conducta y el trastorno opiccionista desafiante) constituyen la comorbilidad más frecuente del trastorno. Esta descripción, considerada hoy día tan relevante, sin embargo fue de escasa repercusión en la época, ya que es un texto prácticamente no citado hasta los años 70. Otras características como la ausencia de «déficit intelectual», la proporción 3:1 de niños: niñas y la aparición temprana de síntomas (la mayor parte antes de los 7 años) hacen de esta una descripción canónica y la asociación con alteraciones cerebrales tempranas remedan el posterior concepto de «lesión mínima». De mayor interés es como los textos de Still reflejan las ideas de la época. Su concepto de déficit de control moral continua las ideas de Russell, al atribuir a la moral esta condición y asignarle un origen biológico. De acuerdo a las ideas evolucionistas de la época, supuso que esta condición se debería a un fallo en el

desarrollo y en el aspecto más evolucionado de la conducta y el cerebro humanos: el control moral.

DEL DAÑO CEREBRAL MÍNIMO A LA DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA

A esta época pertenecen otras descripciones del cuadro clínico como la efectuada por nuestro Gonzalo Rodríguez Lafora en su libro «los niños mentalmente anormales» advirtiéndole que estos problemas aparecen en mayor medida en los países «progresivos» con asistencia escolar obligatoria, enmarcada en el regeneracionismo de principios de siglo XX que atribuye causas sociológicas y hereditarias al trastorno, al igual que Sanchís-Banús (Escritor de «Estudio médico-legal de el niño golfo») y utilizando aún los términos relacionados con las «anomalías de orden moral»^[21].

A lo largo de la primera mitad del s. XX se sucederán descripciones de lesiones cerebrales tempranas como la anoxia perinatal en el caso de Tredgold o la encefalitis letárgica epidémica y posteriores dificultades de aprendizaje o conductas impulsivas e hiperactivas. En el caso de la encefalitis letárgica, son bien conocidas algunas secuelas neuropsiquiátricas posteriores como el parkinsonismo, pero también se describió en niños problemas de conducta, inestabilidad emocional, escaso control, déficits cognitivos y problemas de aprendizaje lo cual podía sugerir un origen común para estas y las alteraciones propias del TDAH. Tredgold^[22] usó el término amencia en lugar de demencia para definir una condición estática en el desarrollo y siguiendo una división similar, Strauss y Lehtinen^[23] dividieron las causas en endógenas (tales como las hereditarias) y exóge-

nas (como alteraciones perinatales). En este periodo se continuó buscando posibles relaciones entre daño cerebral y conducta hiperactiva, sin embargo, algunos autores como Childers no encontraron más alteraciones orgánicas que en niños con otros trastornos disruptivos, incluyendo amplios estudios epidemiológicos^[24].

En 1932, Kramer y Pollnow hablaron del «síndrome hiperkinético de la infancia»^[25], caracterizado fundamentalmente por la inquietud motora, sugiriendo que a pesar de haber sido descritos antes, estos pacientes no se habían diferenciado de otros trastornos como los efectos de la encefalitis letárgica. En su descripción del cuadro, se incluyen la mayor parte de los síntomas del TDAH tanto la hiperactividad (la imposibilidad de permanecer sentado, correr excesivamente, subir a muebles altos, estar continuamente moviéndose o en marcha, tocar todo lo que está al alcance de su mano) como síntomas de inatención (la distraibilidad por estímulos nuevos o la dificultad para completar tareas) y exceso de impulsividad (humor inestable, tendencia a la agresividad). Otros síntomas propios del TDAH como la disfunción (problemas en su educación y con otros niños) y su inicio temprano (con una prevalencia máxima a los 6 años) se incluían en la definición de estos autores, así como, basándose en la desaparición del síntoma principal (inquietud motora) una remisión en la adultez en la que, sin embargo, reconocían que podría conllevar problemas en la adultez (en casi la mitad de los casos). La definición de Kramer y Pollow conllevaba también un origen muy orgánico, ya que una gran cantidad de los casos seguían a procesos febriles o convulsiones. Estos trabajos gozaron de amplia popularidad en su época a diferencia del trabajo de Still y

tanto su terminología como su relación con una probable etiología orgánica influyó la psiquiatría europea hasta el punto de que el término hiperactivo fue incluido en la octava clasificación de las enfermedades de la OMS, manteniéndose en las siguientes ediciones, con unos criterios más restrictivos y de mayor gravedad en comparación con el TDAH americano.

En 1937 se da igualmente el renombrado descubrimiento del efecto beneficioso de la Benzedrina, una formulación de anfetamina^[26]. Charles Bradley, director de la casa de Bradley (un centro fundado por sus tíos abuelos en memoria de su hijo fallecido en 1918 del virus influenza) solía practicar un neumoencefalograma al ingreso en el centro (basado en la idea de un origen orgánico para las alteraciones del comportamiento) que frecuentemente producía cefaleas molestas. Bradley inició el tratamiento de estas con una nueva anfetamina, la benzedrina, con escasa efectividad, pero encontrando mejoría en el rendimiento escolar de muchos niños y sus conductas (aunque hay que tener en cuenta que estos niños no presentaban un trastorno específico sino un grupo heterogéneo de alteraciones de conducta y del aprendizaje). A pesar de este hallazgo, sin embargo, los estudios psicofarmacológicos en niños con hiperactividad tendrían que esperar al menos 20 años más debido, al menos en parte, por la preponderancia de las tendencias psicoanalíticas de la época y las intervenciones psicosociales^[27].

Para los años 60, se pone de manifiesto que los trastornos del comportamiento en niños no pueden asumir obligatoriamente un daño cerebral y ya en 1957 Laufer y sus colegas (que trabajaban en la misma Casa Bradley) reconocen que hay niños con el trastorno de los impulsos hiperactivo sin

ningún antecedente traumático o infeccioso^[28]. En sus estudios encuentran que estos niños presentan un menor umbral de respuesta en el EEG a la administración de metrazol que desaparece con la administración de anfetaminas y sugiere una alteración más funcional que un daño cerebral que identifican en el diencéfalo. Sin embargo, los artículos de Lauffer están repletos de términos del psicoanálisis de la época aplicado a estos niños (como debilidad del ego, aspectos del maternaje, Freud, neurosis, neurótico, «la presente era permisiva del manejo del niño») y subordinan el posible papel de estos medicamentos a la psicoterapia imperante. Se hace curioso sin embargo, el uso de la reciente clorpromazina en niños hiperactivos, usando como pretexto el hecho de que muchos de estos niños al porvenir de ámbitos familiares desestructurados harían imposible la psicoterapia con los padres^[29]. El metilfenidato, sintetizado por primera vez en 1944 por Leandro Panzzoni y comercializado por la compañía farmacéutica Ciba-Geigy^[30], no fue aprobado para el uso en niños con trastornos conductuales hasta 1961 (por la Food and Drug Administration americana, FDA) y refrendado inicialmente por Connors y Eisenberg en un ensayo doble ciego cruzado^[31].

Para 1963, el *Grupo Internacional de Estudio de la Neurología del Niño* de Oxford sostiene que el daño cerebral no puede suponerse sólo por signos de alteraciones del comportamiento y sugiere el cambio del término por *disfunción cerebral mínima* así como la búsqueda de una clasificación en grupos más pequeños, homogéneos y mejor identificados^[32]. En 1966, la llamada *National Task Force* (Equipo Cooperativo Nacional) de Estados Unidos define la famosa «Disfunción Cerebral Mínima»: CI normal, problemas en la percepción o

conceptualización, lenguaje, memoria y control de impulsos. Este concepto suponía una etiología física cerebral, con factores neurológicos como lesiones hipóxicas pre o perinatales. A pesar de ser un término popular hasta los años 80, pronto aparecieron críticas al concepto, como su inespecificidad o que muchas alteraciones con daño o disfunción cerebral no resultaban en síntomas como la hiperactividad. Así, la heterogeneidad contenida en la disfunción cerebral mínima fue reemplazada progresivamente por términos más específicos como hiperactividad, trastornos del lenguaje, trastornos del aprendizaje o dislexia en cada caso y en 1968 se puede encontrar una definición oficial del término hiperactividad en la segunda edición del DSM entendido, como otros trastornos del niño, desde un prisma psicoanalítico, como «reacciones» (Reacción hipercinética del niño): «... *caracterizado por exceso de actividad, inquietud, distraibilidad, escasa capacidad de atención, especialmente en niños jóvenes; el trastorno normalmente disminuye en la adolescencia*»^[33].

En 1967, se realizó un primer estudio comparativo de distintas clases de psicofármacos (estimulantes, fenotiazinas, anti-depresivos, tranquilizantes) en el tratamiento de niños con trastornos del comportamiento financiado en Estados Unidos por el *National Institute of Mental Health* (NIMH, Instituto Nacional de Salud Mental) y el año siguiente tres más para estudiar el tratamiento de niños hipercinéticos/hiperactivos^[34]. Sin embargo, tras un artículo del *Washington Post*^[35] se inició uno de los debates aún en discusión acerca del TDAH que llevó a una importante restricción del uso de estimulantes. El artículo indicaba que hasta un 5-10 % de niños de un colegio de Nebraska eran tratados de forma coercitiva con

psicofármacos (con más de un dato incorrecto, incluyendo las frecuencias de prescripción y la coerción) pero supuso un revuelo mediático que conllevó la revisión del uso de metilfenidato (incluyendo la restricción del tiempo de uso y su inclusión en la misma categoría que los opiáceos y una estricta regulación de su producción y distribución). El uso de medicación se incrementó exponencialmente desde los estudios de finales de años 60 que, a pesar de muchas de las críticas realizadas, no tuvieron relación con compañía farmacéutica alguna (entre otras razones por el escaso interés de estas en psicofármacos para niños). Sin embargo, este auge supuso junto con la negación del propio concepto de TDAH en determinados contextos la división de opiniones entre los propios psiquiatras, valiendo como ejemplo el rechazo al uso de medicación en Francia^[4].

EL DÉFICIT DE ATENCIÓN. DSM-III

Los años 70 supusieron el desarrollo en Estados Unidos de la investigación experimental. En 1971 Dykman, aún presuponiendo un origen orgánico, formula la disfunción cerebral mínima como un desorden de la atención^[36] que estaría en relación con la cerebroastenia de Luria por una reactividad fisiológica disminuida. En esta misma línea, los trabajos de Virginia Douglas^[37] y Wender^[38] establecieron los déficits de atención sostenida y el control de impulsos como los procesos básicos para entender la disfunción cerebral mínima. Así se funda el concepto de déficit de atención que reemplazará los términos previos y supondrán el cambio en la nomenclatura de la tercera edición del DSM^[39] en 1980 a Déficit de atención (con o sin hiperactividad), llevando la hiperactividad a un segundo plano a

diferencia de la CIE-9^[40]. La DSM-III ya establece tres listas separadas de síntomas, un número mínimo de síntomas y un corte de edad y duración de los síntomas, así como la exclusión de otros trastornos. Debe hacerse notar que esta edición es la primera que introduce el famoso y criticado «*modelo atómico*» del DSM, evitando anteriores presunciones acerca de la etiología de las distintas categorías y basándose en la validación epidemiológica. La edición revisada DSM-III-R^[36] supuso la reunificación de los síntomas en el Trastorno por déficit de atención- Hiperactividad (con un punto de corte en una lista única de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad), dejando el subtipo «sin hiperactividad como categoría residual, debido a una falta de validación empírica y basándose en la validación de los síntomas mediante escalas de valoración en ensayos de campo^[41].

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD. EL AUGE DE LA NEUROBIOLOGÍA

Paralelamente, en los mismos años 70 comienzan a aparecer las evidencias de un posible factor genético en el trastorno al encontrar una mayor prevalencia en padres biológicos respecto a padres adoptivos de niños con el trastorno^[42], hallazgos que serán confirmados en las décadas posteriores por estudios familiares, gemelos y de adopción y que han conducido a una verdadera explosión de publicaciones de múltiples genes candidatos aún por concluir^[43]. Igualmente, en los años 80 aparecerán los primeros hallazgos en neuroimagen, inicialmente con tomografía axial computerizada, que progresivamente serían sustituidos por la resonancia magnética y pruebas de imagen funcional que han ido desvelando la implicación de

distintos circuitos cerebrales (como el fronto estriatal) hasta redes y sistemas neuronales complejos que interaccionan entre sí (frontoparietales, la red atencional dorsal y las redes motoras y visuales)^[44].

Tras los cambios de la revisión del DSM-III, nuevos estudios investigaron la validez de los subtipos, encontrándose que los niños con y sin hiperactividad se diferenciaban en su presentación, comorbilidad y alteraciones funcionales^[45], suponiendo la validación de los subtipos inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado de la próxima clasificación^[46]. El DSM-IV de 1996^[47] además incluyó finalmente un criterio de alteración funcional, retomando entre otros aspectos los problemas de aprendizaje que se habían separado del trastorno desde los estudios de Douglas. Esta edición supuso una importante aproximación a la clasificación de la OMS, que en su décima edición de 1992^[48] mantuvo el término de *Trastornos Hipercinéticos* como encabezamiento y acuñó el término de *Trastorno de la Actividad y la Atención* como equivalente al TDAH. Esta clasificación, heredera de la tradición europea, a pesar de presentar una lista prácticamente idéntica mantiene unos niveles más estrictos para el diagnóstico, incluyendo la identificación de todo el trastorno (y no solo la presencia de alteración) en al menos 2 ambientes, la exigencia de los tres tipos de síntomas y la exclusión de comorbilidad con excepción de los trastornos de conducta (Trastorno Hipercinético disocial). Estas diferencias, a simple vistas superficiales han supuesto algunas diferencias, tanto en la caracterización del trastorno como en la prevalencia del mismo^[49]. Las últimas clasificaciones añaden la posibilidad de diagnóstico en adultos, de forma explícita en el DSM-IV e implícita como categoría residual en la CIE, recogiendo así los estudios

que comenzaron a proliferar a partir de los años 70 y 80^[50] y ya sugeridos por autores clásicos.

Los años 90 supusieron las primeras dudas acerca del papel central y preponderante de la atención en el trastorno a favor de los factores motivacionales y los mecanismos de refuerzo. Así, Barkley propone un modelo centrado en disfunciones ejecutivas que podría explicar los déficits cognitivos y los patrones conductuales de pacientes con TDAH, el modelo de las 5 funciones ejecutivas, que incluye la inhibición de respuesta, la memoria de trabajo no verbal, la Memoria de trabajo verbal, la autorregulación de emociones y motivaciones y la reconstitución, siendo la primera de ellas la fundamental en el desarrollo del trastorno^[51]. Hacia 1999, hasta un 80% de los niños diagnosticados de TDAH se encontraban en tratamiento con metilfenidato^[52], sin embargo, desde 1994 se introdujeron formulaciones de sales mixtas de anfetaminas (hasta el momento no disponibles en España) que fueron suponiendo una alternativa eficaz en el tratamiento del trastorno no exento de controversias^[27]. Ambos tipos de medicamentos han sido reformulados con posterioridad en medicamentos de liberación retardada^[53,54], facilitando así la posología y disminuyendo las posibles críticas a efectos relacionados con el abuso. Las teorías neurobiológicas relacionadas con el TDAH y la implicación de neurotransmisores catecolaminérgicos en los procesos cognitivos y circuitos cerebrales implicados llevaron al estudio de nuevos medicamentos no estimulantes, incluyendo la atomoxetina^[55], un bloqueador de la recaptación de noradrenalina que incrementa la transmisión dopaminérgica prefrontal y noradrenérgica general,

originalmente sintetizado como un posible antidepresivo y que se comercializó indicación en niños con TDAH desde 2002 en Estados Unidos (2007 en España). Un poco antes se ha publicado los resultados iniciales del famoso estudio MTA (multimodal Treatment Study of ADHD) en el que se demuestra la eficacia del tratamiento farmacológico del TDAH pero la superioridad de los tratamientos combinados (farmacológicos y psicoterapéuticos) en síntomas comórbidos y resultados funcionales^[56], lo que ha llevado a la recomendación generalizada del uso de tratamiento siempre dentro de un programa integral de tratamiento.

El Texto Revisado del DSM-IV^[57] no supuso ningún cambio en la definición del trastorno, ya que esta edición se centró fundamentalmente en la corrección de textos descriptivos y supone sólo una transición hasta la venidera quinta edición.

CONCLUSIONES Y FUTURO DEL CONCEPTO DE TDAH

La revisión de la historia conceptual del TDAH permite establecer una larga tradición en la observación y estudio del TDAH y trastorno hiperactivo, que toman su relevancia en el contexto de la evolución social y de las tendencias científicas en la investigación. En gran medida, conceptos previos como la disfunción cerebral mínima han condicionado la búsqueda en las últimas décadas de las bases neurobiológicas del trastorno, sustituyendo a otros tipos de aproximaciones y fomentando la investigación psicofarmacológica así como una caracterización del trastorno más específica y basada en la validación epidemiológica de síntomas y criterios. En esta situación, aún será necesario profundizar en factores

ambientales, sociales y culturales implicados en la patogénesis del trastorno⁽⁴⁾.

A pesar del importante desarrollo del concepto TDAH-Trastorno hiperactivo en las últimas décadas, nos encontramos a las puertas de un nuevo cambio, en relación con la próxima edición del DSM y CIE-10. Entre otros nuevos cambios, se ha hecho necesario la unificación de ambas clasificaciones, el desarrollo de criterios

específicos para distintas etapas del desarrollo y especialmente en adultos y una mejor definición de los criterios de alteración funcional⁽⁴⁹⁾.

En conclusión, el actual concepto de TDAH recibe directamente la influencia histórica de la observación e investigación biomédica de los últimos dos siglos que no se encuentra exenta de influencias culturales y sociales dependientes de la época.

REFERENCIAS

1. Mead M. **Culture and commitment: A study of the generation gap**. Natural History press; 1970.
2. Ariès P. **L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime**. Plon, editor. Paris; 1960.
3. DeMause L. **Historia de la Infancia**. Madrid: Alianza Editorial; 1994.
4. Taylor E. **Antecedents of ADHD: a historical account of diagnostic concepts**. *Attention deficit and hyperactivity disorders*. 2011 Jun;3(2):69–75.
5. Borrás Llop JM. **Mercado laboral, escolarización y empleo infantil en una comarca agrícola e industrial (el Vallès Occidental, 1881-1910)**. Cuadernos de historia contemporánea. 2002;24:233–62.
6. Ministerio de Educación, editor. **«Historia de la educación en España», tomo II, De las Cortes de Cádiz a la revolución de 1868**. Madrid: Libros de Bolsillo de la Revista de Educación; 1979.
7. Ministerio de Educación. **Ley 1/1990 de 3 de octubre, Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo**. 1990.
8. Auster S. **Attention deficit disorder**. *Pediatrics*. 1999 Dec;104(6):1419.
9. Kast RE, Altschuler EL. **The earliest example of the hyperactivity subtype of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Jan Steen's «The Village School»** (c. 1670). *South African medical journal*. 2008;98(8):594–5.
10. Fitzgerald M. **Did Lord Byron have attention deficit hyperactivity disorder?** *Journal of medical biography*. 2001 Feb;9(1):31–3.
11. Thome J, Jacobs K a. **Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book**. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2004 Aug; 19(5):303–6.
12. Hoffmann H. **Lustige Geschichten und drollige Bilder mit 15 schönkolorierten Tafeln für Kinder von 3-6 Jahren** (Renombrado Der Struwwelpeter para la tercera edición alemana). Privately published; 1845.
13. Hoffmann H. **Pedro Melenas. Historias muy divertidas y estampas aún más graciosas** (Struwwelpeter, 1845). Mallorca: Oñaleta; 1987. p. 30.
14. Smith Chalou B. **Struwwelpeter: Humour or horror? 160 years later**. Lonham: Lexington Books; 2007.
15. Parry-Jones WL. **The history of child and adolescent psychiatry: its present day relevance**. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 1989 Jan;30(1):3–11.
16. Crichton A. **An inquiry into the nature and origin of mental derangement: on attention and its diseases**. *Journal of attention disorders [Internet]*. 2008 Nov;12(3):200–4;discussion 205–6.
17. Haslam J. **Observations on madness and melancholy: including practical remarks on those diseases; together with cases: and an account of the morbid appearances on dissection**. London: J. Callow; 1809.
18. Rush B. **Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind**. New York 1962: Macmillan-Hafner press; 1812.

19. Wilkins R. **Delusions in children and teenagers admitted to Bethlem Royal Hospital in the 19th century.** The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 1993 Apr;162:487–92.
20. Still G. **The Goulstonian Lectures on some abnormal psychical conditions in children.** The Lancet. 1902 Apr;159(4104):1163–8.
21. Huertas R. **Niños degenerados . Medicina mental y regeneracionismo en la España del cambio siglo.** Acta HispMedSciHistIllus. 1998;18:157–79.
22. Tredgolg AF. **Mental deficiency (Amentia).** New York; 1908.
23. Strauss AA, Lehtinen LE. **Psychopathology and education of the brain-injured child.** New York: Grune&Stratton; 1947.
24. Childers AT. **Hiperactivity in children having behaviour disorders.** AM J Orthopsychiatry. 1935;5:227–43.
25. Kramer F, Pollnow H. **Über eine hyperkinetische Erkrankung im Kindesalter.** Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. 1932;82:599–605.
26. Bradley C. **The behavior of children receiving benzedrine.** Am J Psychiatry. 1937;94:577–85.
27. Mayes R, Rafalovich A. **Suffer the restless children: the evolution of ADHD and paediatric stimulant use, 1900–80.** History of psychiatry. 2007 Dec;18(72 Pt 4):435–57.
28. Denhoff E, Laufermw, Solomons G. **Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems.** Psychosomatic medicine. 1957 Jan-Feb;19(1):38–49.
29. Freed H, Peifer Ca. **Treatment of hyperkinetic emotionally disturbed children with prolonged administration of chlorpromazine.** The American journal of psychiatry. 1956 Jul;113(1):22–6.
30. Ferguson JT, Linn FV, Nickels MM, Sheets JA. **Methylphenidate (ritalin) hydrochloride parenteral solution; preliminary report.** Journal of the American Medical Association. 1956 Dec 1;162(14):1303–4.
31. Conners CK, Eisenberg L. **The Effects Of Methylphenidate On Symptomatology And Learning In Disturbed Children.** The American journal of psychiatry. 1963 Nov;120:458–64.
32. Bax M, McKeith R. **Minimal Cerebral Dysfunction.** Little Club Clinics in Developmental Medicine. 1963;10.
33. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II).** 2nd edn. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1968.
34. Lipman R. **NIMH-PRB support of research in minimal brain dysfunction in Children.** In: Conners C, editor. **Clinical use of stimulants drugs in children.** Amsterdam: Excerpta Medica; 1974. p. 203–13.
35. Maynard, R. **Omaha pupils given behaviour drugs.** Washington Post. 1970 June 29, 1 .
36. Dykman RA, Ackerman PT, Clements SD, Peters JE. **Specific learning disabilities: an attentional deficit syndrome.** In: Myklebust HR, editor. **Progress in learning-disabilities, vol 2.** New York: Grune&Stratton; 1971.
37. Douglas VI. **Stop, look and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children.** Can J BehavSci. 1972;4:159–282.
38. Wender PH. **Minimal brain dysfunction in children.** New York: Wiley; 1971.
39. American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders (DSM-III).** 3rd edn. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1980.
40. World Health Organization. **Manual of the 34th international classification of diseases, injuries, and causes of death, based on the recommendations of the ninth revision conference, 1975, and adopted by the twenty-ninth World Health Assembly.** Geneva: WHO; 1977.
41. Conners CK. **From the Editor. Attention-deficit/hyperactivity disorder: Historical development and overview.** Journal of Attention Disorders. 2000 Jan 1; 3(4):173–91.
42. Morrison JR, Stewart MA. **The psychiatric status of the legal families of adopted hyperactive children.** Archives of general psychiatry. 1973 Jun; 28(6):888–91.
43. Faraone SV, Mick E. **Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder.** The Psychiatric clinics of North America. 2010 Mar; 33(1):159–80.

- 44. Cortese S, Castellanos FX. Neuroimaging of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Current Neuroscience-Informed Perspectives for Clinicians.** Current psychiatry reports. 2012 Aug 2; 14(5):568-78
- 45. Lahey BB, Schaughency EA, Hynd GW, Carlson CL, Nieves N. Attention deficit disorder with and without hyperactivity: comparison of behavioral characteristics of clinic-referred children.** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1987 Sep; 26(5):718-23.
- 46. Lahey BB, Applegate B, McBurnett K, Biederman J, Greenhill L, Hynd GW, et al. DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents.** The American journal of psychiatry. 1994 Nov; 151(11):1673-85.
- 47. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders (DSM-IV).** 4rd edn. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
- 48. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, ICD-10.** Geneva: WHO; 1992.
- 49. Lee SI, Schachar RJ, Chen SX, Ornstein TJ, Charach A, Barr C, et al. Predictive validity of DSM-IV and ICD-10 criteria for ADHD and hyperkinetic disorder.** Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines. 2008 Jan; 49(1):70-8.
- 50. Kooij SJJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD.** BMC psychiatry. 2010 Jan; 10:67.
- 51. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD.** Psychological bulletin. 1997 Jan; 121(1):65-94.
- 52. Pelham WE, Aronoff HR, Midlam JK, Shapiro CJ, Gnagy EM, Chronis AM, et al. A comparison of ritalin and adderall: efficacy and time-course in children with attention-deficit/hyperactivity disorder.** Pediatrics. 1999 Apr; 103(4):e43.
- 53. Biederman J, Lopez FA, Boellner SW, Chandler MC. A randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study of SLI381 (Adderall XR) in children with attention-deficit/hyperactivity disorder.** Pediatrics. 2002 Aug; 110(2 Pt 1): 258-66.
- 54. Wolraich ML, Greenhill LL, Pelham W, Swanson J, Wilens T, Palumbo D, et al. Randomized, controlled trial of oros methylphenidate once a day in children with attention-deficit/hyperactivity disorder.** Pediatrics. 2001 Oct; 108(4): 883-92.
- 55. Michelson D, Faries D, Wernicke J, Kelsey D, Kendrick K, Sallee FR, et al. Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled, dose-response study.** Pediatrics. 2001 Nov; 108(5): E83.
- 56. A 14-months randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD.** Archives of general psychiatry. 1999; 56(12): 1073-85.
- 57. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders (DSM-IV-TR).** 4rd edn Text Revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000.

Protocolo de Intervención en TDAH

ADHD clinical guidelines in «El Bierzo» Area

Flora María Vega Fernández

Psiquiatra Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Servicio de Psiquiatría, Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

RESUMEN

Dada la alta incidencia del Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad (TDAH) en la actualidad y para dar solución al mismo y facilitar el acceso del usuario a la red, desde el Servicio de salud mental y coordinación sociosanitaria regional de castilla y león se propuso a cada área de salud la elaboración de un PLAN DE ACTUACION FRENTE AL TDAH con el fin de homogeneizar el diagnóstico y tratamiento del mismo, y de hacerlo llegar a todos los niveles de atención en salud desde primaria a especializada.

Dentro de nuestro protocolo se pretende indicar los criterios básicos que permiten una pronta detección así como criterios de derivación a unidades específicas y su posterior diagnóstico definitivo junto a las líneas básicas de tratamiento tanto farmacológico como psicológico que se pueden prestar.

Palabras clave: TDAH, protocolo, tratamiento, intervención, derivación, psicoestimulantes.

INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO

El área del Bierzo y Laciana cuenta con un equipo de atención a la salud mental del niño y del adolescente consistente en la actualidad de un psiquiatra, psicólogo y enfermera junto a trabajadora social a tiempo parcial. Se atiende a un total de 18855 menores de 18 años (datos procedentes de la memoria de actividad de la red de asistencia psiquiátrica en Castilla y León, 2010). Como se puede observar en la Figura 1, en el año 2010 (fecha de creación del «Protocolo en Relación al TDAH»), el TDAH supone un motivo fundamental de consulta en el

ABSTRACT

Currently, the incidence of ADHD disorder is increasingly higher. Given this Public Health problem, The Regional Mental Health and Sociosanitary Coordination Unit in Castilla y Leon has proposed to the different Mental Health Services the drawing up of a ADHD Action Plan in order to provide homogeneous interventions and to provide a correct diffusion in both primary and specialized care services.

Our Protocol tries to set the necessary basic criteria to allow an early detection of ADH as well as the criteria for referral to specialized care providers. It also sets the procedures of diagnosis and the basic psychopharmacological and psychological treatment guidelines.

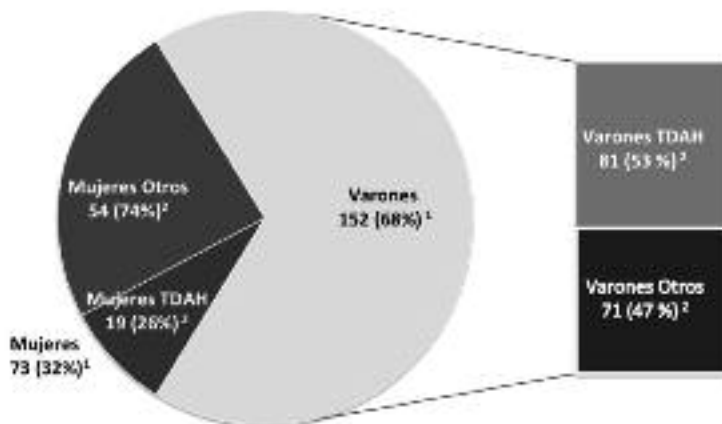
Key words: ADHD, protocol, treatment, intervention, derivation, psychostimulants

centro. Cabe destacar la moderada frecuencia de comorbilidad ya detectada en primera consulta (**Tabla 1**). Estos pacientes generalmente son objeto a su vez de intervención psicológica junto a la psiquiátrica con el fin de completar el proceso diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico si fuera preciso.

¿POR QUÉ UN PROTOCOLO PARA TDAH? ^{(2) (3) (4)}

El TDAH es un trastorno con entidad propia con importantes repercusiones para la persona que lo padece y para las personas que conviven con el enfermo:

FIGURA 1: NIÑOS Y ADOLESCENTES VISTOS EN PRIMERA CONSULTA (AÑO 2010) POR DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (TDAH - OTROS DIAGNÓSTICOS).



1 Porcentaje total de primeras consultas (225)

2 Porcentaje de diagnósticos dentro del grupo de género.

TABLA 1. COMORBILIDADES ASOCIADAS Y DIAGNOSTICADAS EN LA PRIMERA VISITA (AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE TDAH).

	Varón	Mujer
Capacidad Intelectual Límite (Entre 71 Y 84) R41.8	2	
Retraso Madurativo	1	2
Retraso Mental Leve	2	
Problemas Paterno-filiales Z63.8	1	
Trastorno Disocial Desafiante-oposicionista	3	
Trastorno Adaptativo F43		1
Dificultades en Grupo Primario de Apoyo	1	
Trastorno Disocial y de las Emociones Mixto F92		1
Duelo Z63.4	1	
Trastorno de Tics Crónico F95.1	1	
Organicidad (Encefalopatía Anóxica)	1	
TGD No Especificado F84.9	1	
Total (% Tdah)	14 (17.28%)	4 (7.41%)

- Es uno de los principales motivos de consulta en la población infanto-juvenil. En nuestra valoración, durante el 2010 un 44% de los pacientes que acuden como Nuevas consultas presentan un diagnóstico de certeza de TDAH.

- Se trata de un problema de Salud pública que afecta tanto al sistema de salud (mayor riesgo de accidentes de bicicleta (50%) y un mayor riesgo de acudir a los servicios de urgencias (33%)), junto a considerarse un problema Social (multiplica por 2 el riesgo de abuso de sustancias) lo que reflejan un mayor uso de los sistemas sanitarios elevando el coste.

- Afecta a la formación, escolarización y calificación de los niños y adolescentes. Un 35% abandona sus estudios y eleva a un 46% los escolares que son expulsados.

- La tasa de prevalencia entre los niños de edad escolar es de un 3 a un 7%.

- La alta tasa de COMORBILIDAD que presentan estos pacientes justifica la puesta en marcha de los dispositivos necesarios para realizar una adecuada prevención secundaria y terciaria.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PARA PACIENTES CON TDAH

Definición. ¿qué es el TDAH?

Con las siglas TDAH nos referimos a un trastorno plurisintomático que se denomina Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y como cualquier otro trastorno tiene sus particularidades que lo definen. Se trata de las siguientes⁽¹⁾:

a) La característica principal del trastorno por TDAH es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar.

b) Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas tienen necesariamente que haber aparecido antes de los 7 años de edad. Sin embargo, en muchas ocasiones son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años.

c) Los síntomas deben producirse al menos en dos situaciones: ámbito escolar, familiar y/o laboral. Debe haber pruebas claras de deterioro en el ámbito en el que el niño/a se desenvuelve.

d) El TDAH tiene su entidad propia sin que vaya asociado a otra patología (por ejemplo: trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, etc.).

Los síntomas propios del TDAH se dividen en tres dimensiones sintomáticas: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. Mientras que el diagnóstico de la Clasificación internacional de enfermedad (CIE-10) exige un umbral mínimo de síntomas de cada una de estas dimensiones, el DSM IV TR agrupa los síntomas en una dimensión de inatención y una de hiperactividad-impulsividad⁽¹⁾ y permite el diagnóstico de tres tipos de TDAH en función de la predominancia de una de las tres dimensiones o bien combinado (**Tabla 2**).

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) ha acordado que se pueden

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314) Síntomas y criterios diagnósticos DSM-IV-TR	
A. Al o A2 (6 o más síntomas durante más de 6 meses, con intensidad desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo)	
A1. Déficit de Atención ^{1,2}	A2. Hiperactividad-impulsividad ^{1,3}
(a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones) (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (f) a menudo evita, le disgusta o es reacio en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos) (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas) (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (i) a menudo es distraído en las actividades diarias	HIPERACTIVIDAD (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud) (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio (e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor (f) a menudo habla en exceso
IMPULSIVIDAD (g) a menudo predispone respuestas antes de haber sido completadas las preguntas (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno (i) a menudo interrumpe o se intermite en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)	
B. Algunos síntomas que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad. C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa). D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.	
¹ Si cumple A1 y A2 en los últimos 6 meses: TDAH tipo combinado ² Si cumple A1 pero no A2 en los últimos 6 meses: TDAH tipo con predominio del déficit de atención ³ Si cumple A2 pero no A1 en los últimos 6 meses: TDAH tipo con predominio hiperactivo-impulsivo	

TABLA 2 . CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV-TRASTORNO DEL TDAH.
TDAH: Tr as Tor No Por DéficiT De aTeNcióN coN HiPer acTiViDaD

distinguir dentro de los niños y niñas hiperactivos tres subgrupos o tipologías:

1. Predominan los síntomas de inatención.
2. Predominan los síntomas de hiperactividad e impulsividad.
3. Tienen los tres síntomas: la inatención, la hiperactividad y la impulsividad.

FACTORES ETIOLÓGICOS: ^{(3),(4)}

Se desconocen las causas de TDAH, no obstante hay diversos factores que se han relacionado con este síndrome:

- 1- Se ha visto mayor concordancia en gemelos monocigóticos, lo que podría apuntar a una causa genética.

2- Consumo de alcohol y patología ansiosa en los progenitores.

3- Infecciones durante el primer trimestre del embarazo.

4- Daño cerebral durante el periodo fetal y neonatal.

5- Alteraciones neurofisiológicas, estudios con EEG Y TAC.

6- Factores psicosociales:

i. Mayor frecuencia de TDAH en niños que viven en instituciones o sufren carencias emocionales prolongadas.

ii. Estrés psíquico importante u otros factores desencadenantes de ansiedad en los primeros años de vida del niño.

PREVALENCIA ⁽³⁾

Afecta al 3-7% de los escolares con una tasa similar en todo el mundo con clara predilección por el sexo masculino (4 a 1 a favor de los niños). De estos escolares diagnosticados en su infancia/adolescencia hasta un 60% pueden presentar sintomatología en la edad adulta.

DETECCIÓN Y NIVELES DE ABORDAJE ^{(5) (6)}

En la mayoría de los casos, cuando un niño presenta síntomas de hiperactividad, éstos son detectados primero por la familia o por el profesorado, que suelen ser las personas que pasan más tiempo con él y lo observan de forma más continua, si bien otros profesionales pueden realizar una sospecha diagnóstica como es el caso del pediatra/MAP según su

edad. Una vez generada la sospecha de TDAH el primer paso es la comunicación con el Orientador del centro escolar para una primera valoración (que incluirá medición de CI, test observacionales para padres y profesorado como SNAP-IV, Magallanes y/o Corners). Los resultados obtenidos permiten el establecimiento de un nivel de abordaje adecuado inicial y la derivación correspondiente a atención primaria y la atención psicopedagógica desde la misma escuela una vez diagnosticado el cuadro.

En ambos casos deben ponerlo en conocimiento del orientador/a del centro para una primera valoración.

En función de los resultados obtenidos decidirá la derivación a atención primaria, el abordaje psicopedagógico desde la propia escuela y/o el contacto con servicios sociales.

Niveles de abordaje:

Abordaje desde el Centro educativo:

En líneas generales se considera adecuado la intervención en el centro en aquellos casos de TDAH leves o moderados, sin patología comórbida y con factores de buen pronóstico (patología de tipo reactivo, con desencadenante claro y buen apoyo e implicación familiar).

En caso de no cumplir los criterios anteriores, presentar criterios de gravedad de TDAH o fracaso del tratamiento desde la escuela, se procederá a la derivación al siguiente nivel de abordaje (atención primaria: A.P.).

En la derivación a A.P. se evitará la inclusión de diagnósticos definitivos e indicaciones de tratamiento, empleando más términos de sospechas diagnósticas de

patología mental, en espera de que los profesionales sanitarios determinen el diagnóstico definitivo.

Abordaje desde atención primaria:

1- Confirmar los síntomas clínicos con la evaluación directa del niño/a, la información aportada por la familia y la aportada por la escuela.

2- Exploración física y, en el caso de sospecha de enfermedad orgánica, pruebas complementarias pertinentes.

3- Derivación a Salud Mental o a neuropediatría en función de los hallazgos.

Desde el servicio de AP se debe de atender a:

1. Recepción del paciente / familia

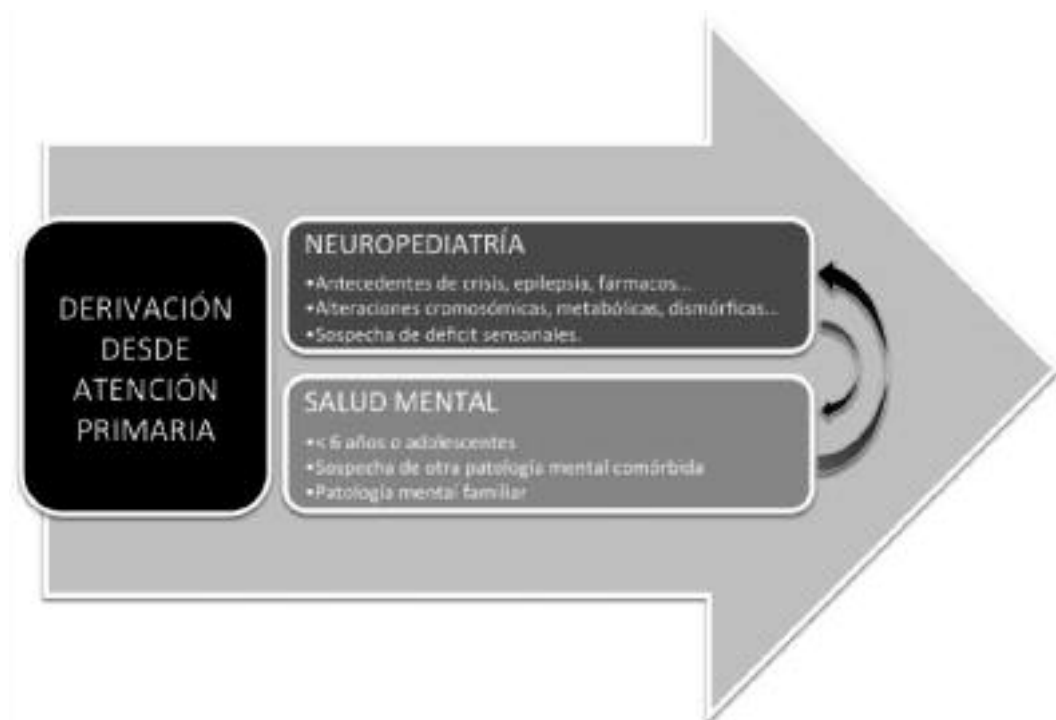
Normalmente la demanda en la hiperactividad se produce a demanda de los padres o, lo más habitual, a requerimiento del colegio.

2. Primera evaluación:

Se realizará una primera evaluación que descarte patología pediátrica subyacente y que pudiera justificar la conducta del niño

Descartadas otras patologías, se realizará el diagnóstico paidopsiquiátrico, concretando el subtipo de hiperactividad, así como el nivel de interferencia del problema en el ámbito familiar y /o escolar. Sobre la base de esta valoración, el caso podrá ser asumido en AP o se orientará hacia el Equipo de Salud Mental Infantil.

FIGURA 1: NIÑOS Y ADOLESCENTES VISTOS EN PRIMERA CONSULTA (AÑO 2010) POR DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (TDAH - OTROS DIAGNÓSTICOS).



3. Derivación

Los criterios de derivación a este equipo se recogen en la Figura 2. La derivación al ESMI-J debe entenderse como colaboración entre el nivel primario y el especializado, contemplado en todo momento la ida y vuelta del paciente, una vez conseguidos los objetivos de la consulta—valoración—intervención especializada. Este tipo de colaboración conlleva una coordinación estrecha entre ambos niveles de asistencia que se llevará a cabo mediante reuniones personales, comunicación telefónica o email.

La forma en la que se formula la interconsulta—derivación son, bien a través de llamada telefónica o a petición directa por parte de la familia y acompañada en ambos casos de informe.

CARACTERÍSTICAS DEL ABORDAJE TERAPÉUTICO DESDE SALUD MENTAL:

Abordaje multidisciplinar con la escuela y familia, y si se requiere, con servicios sociales.

Coordinación con equipos educativos: formación, asesoramiento, intervención en crisis.

Trabajo con la familia: psicoeducación y seguimiento terapéutico (manejo de conflictos).

Intervención psicológica con el niño, en consulta ambulatoria o en otros ámbitos. Esta intervención comprende tanto las dificultades derivadas de la clínica TDAH como los problemas comórbidos o secundarios: problemas emocionales, de relación social, autoestima, manejo de las frustraciones y otros.

Para los síntomas del TDAH se trabajará fundamentalmente con técnicas conductuales y también cognitivas, según posibilidades de abordaje.

Tratamiento farmacológico en función del diagnóstico y síntomas.

4. RECEPCIÓN EN EL ESMI -J

En el ESMI-J de «El Bierzo» la recepción de la demanda la realiza la enfermera, que se encarga de la recogida de los datos de filiación. En los casos de sospecha de TDAH, la primera citación se realiza preferentemente con psiquiatría salvo que, tras consultar con uno de los dos terapeutas por motivos de comorbilidad, edad o petición expresa paterna (generalmente por ser reacios a la instauración de tratamiento) se opte por ser atendido por psicología clínica.

5. PRIMERA CONSULTA PROFESIONAL

El facultativo responsable analizará toda la información disponible sobre el caso, realizará la primera valoración clínica y decidirá qué tipo de exámenes complementarios se realizarán.

Tras esta primera evaluación se valora la necesidad de derivación a Psicología clínica: los padres rechazan el tratamiento farmacológico; no se obtiene respuesta esperada con el tratamiento; efectos secundarios adversos del fármaco; temprana edad en el menor; valoración de clínica comórbida susceptible de atención psicoterapéutica; necesidad de apoyo familiar.

La evaluación realizada debe incluir, al menos, una Historia clínica pormenorizada y la realización de una serie de pruebas

complementarias que se detallan a continuación.

HISTORIA CLÍNICA comprende la información suficiente como para realizar con fundamento la petición de exámenes complementarios y llegar a un diagnóstico correcto. Los apartados y contenidos incluidos en la USMI-J son los siguientes:

A- Ficha Epidemiológica

Consta de los **DATOS DE FILIACIÓN**: Nombre y Apellidos, teléfono, dirección completa, fecha de nacimiento, número y orden de nacimiento de los hermanos, trabajo o curso académico del paciente y cada uno/a de los hermanos, situación marital de los padres y profesión. Estos datos son recogidos por la Enfermera la primera vez que el paciente acude a nuestra consulta.

B- Motivo de consulta

El motivo de consulta se recoge de forma semiestructurada. Es decir, a pesar que las preguntas son abiertas se recogen siempre los datos siguientes:

- Quién deriva el caso y motivo alegado.
- Descripción de los padres del motivo de consulta, precisando inicio, evolución y razones que argumentan sobre lo que le sucede a su hijo.
- Recogida de datos, por parte del entrevistador, de lo observado en la consulta.
- Entrevista a solas con el niño.

C- ANTECEDENTES PERSONALES

- **Embarazo y Parto:**
- **Desarrollo psicomotor:** Estado actual

del desarrollo, lenguaje, control esfinteriano, conducta alimentaria, sueño, apego y afectividad, así como relaciones y conducta sociales.

Preguntar sobre cualquier circunstancia médica que haya podido influir sobre el mismo.

· Conducta alimentaria

· Sueño

· Control de esfínteres

· **Desarrollo afectivo:** Calidad de la interacción con las figuras parentales, hermanos, así como con las personas extrañas. Preguntar sobre situaciones de ansiedad ante la presencia de personas desconocidas y como se resolvieron. Precisar el tipo de apego que se ha establecido. Preferencias del niño /a.

· **Sociabilidad:** Tipo de relación con otros niños. Amigos y actividades, tanto en el contexto escolar como fuera del colegio. Precisar si hay dificultades y describirlas.

· **Escolaridad:** Rendimiento y adaptación actual y evolución previa: Adaptación a la guardería, a escolarización primaria, ansiedad de separación y otras dificultades, comentarios de profesores / cuidadores.

· **Antecedente médicos personales:** Alergias, enfermedades (atención a las crónicas) y medicaciones, hospitalización, intervenciones quirúrgicas.

D- ANTECEDENTES FAMILIARES.

Debemos indagar sobre antecedentes sobre hiperactividad y trastornos del

desarrollo psicológico. Es importante, investigar antecedentes de trastornos de ansiedad, depresivos, obsesivo-compulsivos y tics. Estos tres últimos se han encontrado con mayor frecuencia entre los familiares de niños hiperactivos⁽³⁾. Así mismo, investigar enfermedades neurológicas, sobretodo, epilepsia.

Problemas presentes en los familiares en edad adulta como consumo tóxicos, inestabilidad laboral, abandono de estudios, accidentes frecuentes, impulsividad y/o dificultad en control de impulsos pueden ser indicadores de sospecha de que los mismos pudiesen presentar TDAH⁽³⁾.

E- EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

E.1. Neuropsicológicos

Si se sospecha de deficiencia intelectual se realiza una evaluación intelectual para conocer si existe algún tipo de limitación utilizando según edad un WISC-IV o WIPPSI.

Si se objetivan déficits neurocognitivos, se utiliza una Escala del Desarrollo o Madurez Neuropsicológica.

E.2. Valoración atencional. valoración de la hiperactividad

Se debe realizar una observación directa del niño durante todo el tiempo que permanece en la unidad. Dado que el diagnóstico es básicamente clínico, disponemos de la entrevista semiestructurada para el TDAH del DSM-IV-TR⁽¹⁾ por la cual, y repasando todos los ítems diagnósticos, nos muestra una idea bastante clara de la patología presente o no.

Valoración por ambos padres y

profesores. Para ello, contestan en la consulta por separado al SNAP-IV y se entrega en mano otro ejemplar para que sea rellenado por su tutor del colegio.

Sólo en caso de considerarlo preciso, se pueden pasar tests específicos para la detección de la patología:

- EDA

- **Escalas Magallanes**, para: padres, profesores, el menor (según grupo de edad).

- Inventario TDA-af, TDA-ae

Con padres malos informantes, tras la formación oportuna en la observación se procede a la recogida de datos mediante registros.

E.3. Valoración psicopedagógica

A este respecto es muy importante la valoración que se realiza por parte de los Orientadores del colegio y que, si no la portan en la primera entrevista, se solicita por escrito al centro escolar.

E.4. Exploración neurofisiológica

Electroencefalograma (EEG): No aplicable de rutina pero necesario en casos en los que se sospeche patología concomitante o explicativa de su sintomatología, en especial cuadros en los que se sospeche lentitud cognitiva o incluso focos irritativos epileptógenos que pudieran explicar parte de su clínica

E.5. Otros exámenes

Analítica estándar (que incluye hemograma, bioquímica).

Examen funcional de tiroides si existen síntomas ansiosos evidentes o depresivos.

Peso y Talla: se hacen al inicio de la intervención y el peso en cada visita y talla cada 6 meses.

La medición de la Tensión arterial es realizada por parte de la atención primaria

TRATAMIENTO

Cuando se ha tomado la decisión de tratar a los niños y adolescentes con TDAH, debe tenerse en cuenta, tras las evaluaciones iniciales (ver Figura 3) tanto la gravedad del trastorno como la edad del niño, las intervenciones previas y la aceptabilidad de las distintas modalidades de tratamiento por parte de la familia y el paciente. En caso de decidir tratamiento farmacológico debe tenerse en cuenta que de acuerdo con las principales guías de tratamiento (NICE, Guía TDAH del SNS), son de principal elección el metilfenidato y/o la atomoxetina.

De acuerdo a la guía NICE determinamos según grupo de edad⁽²⁾.

Niños preescolares

No se recomienda el tratamiento farmacológico

Se debe de ofrecer a los progenitores una derivación a un programa de formación / educación como tratamiento de primera línea.

Niños escolares / adolescentes con grado leve/moderado

El tratamiento farmacológico no está indicado en primera línea.

Se debe de ofrecer a los progenitores una derivación a un programa de formación / educación como tratamiento de primera línea.

En adolescentes: intervención psicológica individual.

Niños / adolescentes con grado grave

Tratamiento farmacológico como primera elección.

Respecto a lo anteriormente descrito del programa de formación a progenitores, al no contar con esa opción en la unidad, asesoramos para que se dirijan a la asociación donde imparten en ocasiones «escuela de padres» y también en algunos centros escolares que lo están instaurando ante la demanda.

Previo a la instauración del tratamiento

Evaluación social y de salud mental completa.

- Historia y exploración física que incluya:

- Antecedentes de síncope, diseño de esfuerzo y exploración del sistema cardiovascular, frecuencia cardiaca y TA junto a la determinación de peso y talla.

- ECG si existen antecedentes familiares y/o problemas propios.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO⁽⁷⁾

Psicoestimulantes

Desde hace más de 70 años que se conoce el efecto beneficioso de los estimulantes para el tratamiento de los pacientes con conductas hipercinéticas⁽⁸⁾. En Estados Unidos, tanto el metilfenidato como la dexanfetamina están disponibles desde 1955. En España, los laboratorios Rubió comercializaron el metilfenidato de liberación inmediata por primera vez en 1981⁽⁹⁾,

TABLA 3: PSICOESTIMULANTES COMERCIALIZADOS EN ESPAÑA

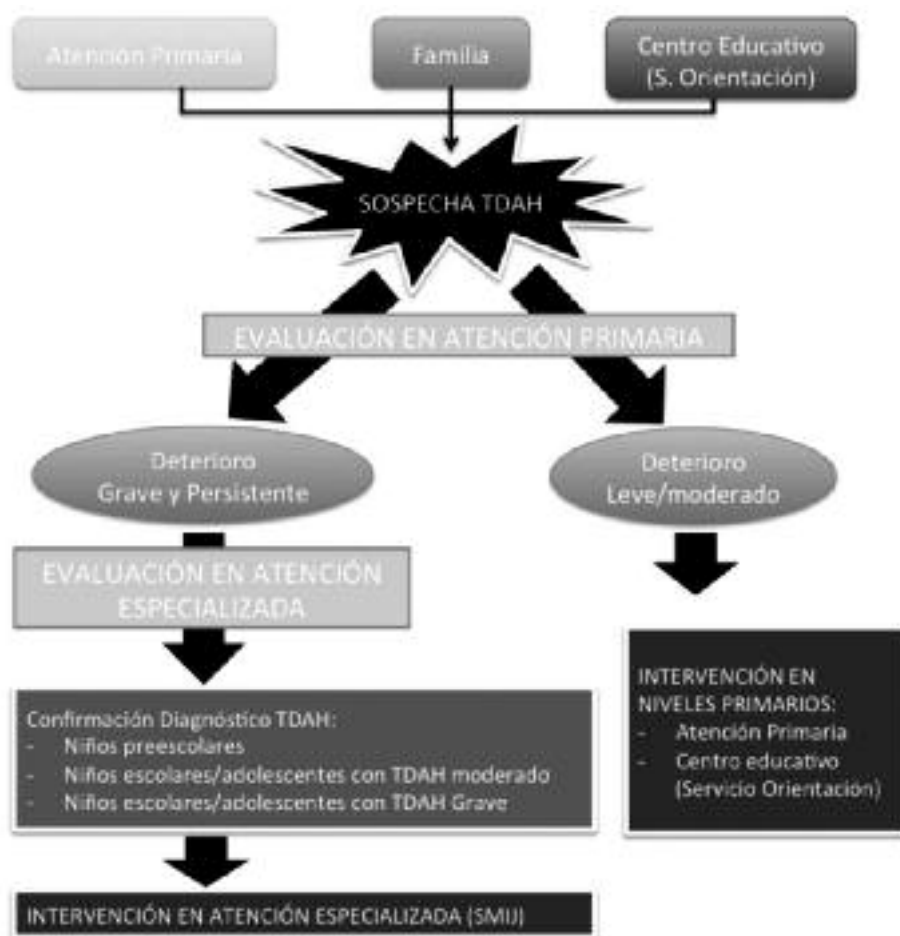
Fármaco	Presentaciones	Dosis Inicio	Dosis Máxima
METILFENIDATO LIB INMEDIATA	5,10,20 mg	5	2 mg/Kg/día Hasta 60 mg/día
MF LP OROS	18,27,36,54 mg	18	2 mg/Kg/día Hasta 108 mg/día
MF LP PELLETS	10,20,30,40	10	2 mg/Kg/día Hasta 60 mg/día

MF: MeTiL FeNiDaTo

LIB: l ebr a c i ó N

LP: l i b e r a c i ó N P r o l o N g a D a

FIGURA 3: PROTOCOLO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN INICIAL EN EL TDAH.



TDAH: Tr asT or No Por DéFiciT De aTeNci ó N coN HiPer acTiViDaD

SMIJ: sal uDF MeNta l iNfaNto JuVeNi l

TABLA 4: EFECTOS SECUNDARIOS MÁS COMUNES DE LOS PSICOESTIMULANTES Y COMO ABORDARLOS

Efectos Secundarios Metilfenidato	Cómo Abordarlos
Anorexia	Monitorización (MZ), administrar con comidas, suplementos dietéticos.
Náusea	
Pérdida de apetito	
Efectos sobre el crecimiento	Vacaciones terapéuticas
Insomnio	MZ, reducción/omisión última dosis
Vértigo, cefalea	MZ TA, aumento ingesta líquidos
TICS	Disminuir dosis. Si persisten suspender y considerar alternativas
Pérdida espontaneidad	Disminuir o suspender si se sospecha psicosis (raro)
Disforia	
Irritabilidad	MZ, disminuir dosis, valorar comorbilidad
Efecto rebote	Aumentar dosis de la tarde

MF: MeTiL FeNiDaTo

LIB: Liberación

LP: Liberación Prolongada

contándose en la actualidad con tres tipos de formulaciones de este medicamento (**Tabla 3**)⁽⁷⁾. Los efectos secundarios más importantes del metilfenidato y su abordaje se recogen en la **tabla 4**⁽⁷⁾. En los últimos 5 años, con la introducción en el mercado de las formas de liberación prolongada y de medicaciones no estimulantes como la atomoxetina se ha producido un importante cambio en cuanto a las estrategias de tratamiento farmacológico disponibles para el abordaje de TDAH en España.

Atomoxetina

Es un fármaco no estimulante indicado para el tratamiento de niños a partir de 6 años y adolescentes diagnosticados de TDAH. SU mecanismo de acción no está del todo claro, pero se cree que funciona por la inhibición selectiva de la recaptación de noradrenalina en el espacio sináptico mediante el bloqueo del transportador presináptico de noradrenalina.

La dosis inicial es de 0,5 mg/kg/día durante 7-14 días, en toma única diaria por la mañana. La dosis de mantenimiento recomendada es de, aproximadamente, 1,2 mg/kg/día. La dosis máxima es de 100 mg/día. Se presenta en cápsulas de 10, 18, 25, 40, 60 y 80 mg.

Efectos adversos de atomoxetina

Los principales efectos adversos de la atomoxetina son: somnolencia, dolor abdominal, náuseas o vómitos, pérdida de apetito y de peso, mareos, cansancio y un ligero aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial⁽¹¹⁾, por lo que se recomienda la monitorización seriada cada 2-3 meses de la misma

Con muy escasa frecuencia, se ha descrito hepatotoxicidad, que se manifiesta con incremento de las enzimas hepáticas y aumento de la bilirrubina e ictericia. En caso de aparición de este efecto secundario, se desaconseja su reintroducción

posterior (Ficha técnica atomoxetina, 2007).

Otros psicofármacos

Existen otros fármacos sin indicación para el TDAH que los clínicos utilizan con mucha menor frecuencia para el tratamiento de pacientes con TDAH, como son: clonidina, bupropión, modafinilo, reboxetina, imipramina, risperidona y aripiprazol una vez agotadas las primeras vías de tratamiento y en cuarta línea de elección según algoritmo Texas⁽¹⁰⁾.

¿Qué fármaco usar?

La decisión respecto a qué fármaco elegir debe basarse en (adaptada de NICE 10.18.5.2.)⁽²⁾.

- La presencia de trastornos comórbidos (trastorno de tics, síndrome de Tourette, epilepsia y ansiedad).
- Los efectos adversos de los fármacos.
- Las experiencias previas de falta de eficacia.
- Las condiciones que afectan al cumplimiento, por ejemplo, problemas asociados con la necesidad de tomar dosis en la escuela.
- El potencial de abuso.

Recomendaciones respecto duración del tratamiento

La duración del tratamiento debe plantearse de forma individualizada en función de los síntomas y su repercusión funcional. En algunos casos, el tratamiento se puede prolongar durante varios años.

Se recomienda valorar periódicamente la persistencia o la remisión de los síntomas. Una práctica aceptada es suspender el tratamiento farmacológico durante períodos cortos de 1 o 2 semanas anuales, obteniendo información del funcionamiento del niño o adolescente por parte de la familia y de la escuela.

Respuesta escasa al tratamiento. Reevaluar:

- Ajuste de dosis.
- Reevaluar diagnóstico.
- Comorbilidad.
- Adherencia al tratamiento.
- Aceptación y utilización de intervenciones psicológicas.
- La posibilidad de que el estigma haya afectado a la aceptabilidad del tratamiento.
- Aspectos relacionados con el colegio y/o la familia.
- Motivación del niño y de sus progenitores.
- La dieta.

Duración del tratamiento y del seguimiento

Se debe de mantener el tratamiento hasta que siga siendo clínicamente efectivo.

Además se debe de revisar al menos, una vez al año.

En la revisión debe incluirse:

Necesidades clínicas, beneficios y efectos secundarios.

Escuchar al niño y progenitores.

Efecto de las dosis olvidadas, reducciones de dosis planificadas.

Patrón de utilización preferido.

Trastornos comórbidos

Necesidad de apoyo psicológico, social y ocupacional

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Las intervenciones psicológicas que han mostrado alguna evidencia científica de eficacia para el TDAH se basan en los principios de la terapia cognitivo conductual (TCC).

Terapia de conducta

Basado en un análisis funcional de la conducta en el que se identifican las conductas problema a eliminar y los factores que están manteniendo esta conducta inadecuada. Mediante la observación y registro de éstas, se analizan las contingencias existentes, se construye un nuevo sistema de contingencias acorde con los objetivos propuestos, se planifica un programa de reforzamientos y se evalúa el programa durante el tratamiento.

Los reforzamientos positivos pueden incluir alabanza, atención positiva, recompensas y privilegios. Las técnicas para reducir los comportamientos no deseados incluyen el coste de respuesta, el tiempo fuera o aislamiento, la sobrecorrección, la extinción y el castigo.

Otras técnicas de modificación de conducta son la economía de fichas que combina el reforzamiento positivo, el coste de respuesta y el contrato de contingencias.

Actualmente la intervención psicológica en la hiperactividad supone la puesta en marcha de diferentes estrategias y técnicas multicomponente. Algunas de ellas son específicas para el niño y otras están destinadas a entrenar y formar a padres y educadores tanto en el ámbito escolar como en el familiar. La implicación de padres y educadores es fundamental para conseguir soluciones generalizadas y mantenidas.

Con los padres también existe la posibilidad de consultas de **psicoeducación en el TDAH** y de entrenamiento en el que se les enseña a manejar todo el repertorio de estrategias conductuales con sus hijos. Con frecuencia se entrega material bibliográfico.

En ocasiones se valora la necesidad de trabajar las **habilidades sociales** y el manejo de la frustración y la ira.

Con niños pequeños es muy utilizada la denominada «**Técnica de la tortuga**» para la impulsividad y la ira, mientras que con niños mayores otra técnica utilizada es la «**Correspondencia Decir-Hacer-Decir**», que incluye diferentes niveles instruccionales y contingencias sociales.

El uso de la **relajación** mediante respiración profunda, visualización, imaginación emotiva o la técnica de Koeppen así como juegos apropiados es buen sistema para intentar controlar la impulsividad o la ansiedad concomitante, pero nunca como primera elección de tratamiento.

CONCLUSIONES

La elaboración del protocolo se ideó con la idea de dar solución a un trastorno emergente que requiere de una atención multidisciplinar para su buen diagnóstico y mejor tratamiento y con el que

pretendemos acercar al resto de profesionales implicados (educadores, médicos de atención primaria) una visión general de lo que podemos y hacemos desde la unidad para dar atención al TDAH.

En nuestro planteamiento diario se mantiene la idea de seguir mejorando e incorporar al mismo cualquier avance que se produzca en el trastorno para así ofrecer mejor cobertura.

BIBLIOGRAFÍA

- ⁽¹⁾ **American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text Revision (DSM-IV-TR). 4th ed. Washington, DC, 2000.
- ⁽²⁾ **Attention deficit hyperactivity disorder.** Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. NICE clinical guideline 72
Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health. 2008
- ⁽³⁾ **Asociación Española de Psiquiatría del niño y del adolescente (AEPNYA):** manual de Psiquiatría del niño y del Adolescente. Madrid: Ed. Panamericana. 2010.
- ⁽⁴⁾ **Wiener J.M., Dulcan M.K.,** Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Masson. 2006.
- ⁽⁵⁾ **Protocolo de actuación e hiperactividad infantil.** Junta de Andalucía 2008.
- ⁽⁶⁾ **Guía de actuación con el alumnado con TDAH.** Gobierno vasco. Vitoria. 2008.
- ⁽⁷⁾ **Guías de práctica clínica en el SNS.** Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de práctica clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes.
- ⁽⁸⁾ **Bradley W.** The behavior of children receiving benzedrine. Am J Psychiatry. 1937; 94:577-85.
- ⁽⁹⁾ **Taylor E, Dopfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, et al.** European clinical guidelines for hyperkinetic disorder -- first upgrade. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2004;13 Suppl 1:17-30.
- ⁽¹⁰⁾ **Pliszka y cols.** Texas children's medication algorithm project . Journal american academy child adolescent psychiatry,45:6, junio 2006
- ⁽¹¹⁾ **Wolraich M.L., McGuinn L., Doffing M.** Treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: safety considerations. Drug Saf. 2007;30(1):17-26.

Correspondencia: Flora María Vega Fernández
floravega@saludcastillayleon.es

El papel del psicólogo clínico en el abordaje del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

The role of the clinical psychologist and the approach to ADHD

sara Pascual I lema

Psicóloga Clínica.

Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil, Servicio de Psiquiatría. Hospital El Bierzo (León)

RESUMEN

El presente artículo trata de plasmar el trabajo del Psicólogo Clínico en el TDAH a partir de la experiencia en el Equipo de Salud Mental Infanto – Juvenil de El Bierzo según criterios de guías clínicas de referencia. El trabajo específico del psicólogo clínico se analiza tanto en el ámbito del tratamiento psicológico o psicoterapia como en la colaboración con el psiquiatra en el tratamiento de pacientes con alta comorbilidad clínica o con aquellos casos dudosos en el complejo proceso del establecimiento de un diagnóstico diferencial. Finalmente se presenta una reflexión crítica ante la corriente de psiquiatralización y justificación de problemas conductuales y académicos bajo la etiqueta del TDAH.

Palabras Clave: trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), psicólogo clínico, unidad de salud mental infanto – juvenil, guía clínica, protocolo, psicoterapia, comorbilidad, diagnóstico diferencial

TÉRMINOS ABREVIADOS:

TDAH (Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad), **ADHD** (siglas del **TDAH** en su traducción a lengua inglesa), **ESMIJ** (Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil), **SNS** (Sistema Nacional de Salud).

INTRODUCCIÓN

El objetivo principal de este artículo es presentar las propuestas de psicoterapia, tratamientos psicológicos o intervenciones terapéuticas (muchas veces empleadas de modo erróneo como conceptos intercambiables) para el abordaje del TDAH desde

ABSTRACT

The present article tries to capture the role of the clinical psychologist on the ADHD assistance in the Child and Adolescent Mental Health Unit in El Bierzo through reference clinical guidelines. The specific work of the clinical psychologist is analyzed in the context of psychotherapy as well as in the collaboration with the psychiatrist in the treatment of patients with high rates of clinical comorbidity or those with doubtful presentations in the complex process of the differential diagnosis. Finally, the article presents a critical reflection about the current psychiatrization and justification about the behavior problems and academic difficulties under the ADHD label.

KEYWORDS: attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), clinical psychologist, child and adolescent mental health community unit, guideline, protocol, psychotherapy, comorbidity, differential diagnosis

la perspectiva de la consulta de Psicología Clínica en el Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil (ESMIJ) del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Bierzo.

A través de planteamientos basados en la realidad asistencial y la experiencia personal se refleja el rol que el Psicólogo Clínico

puede desempeñarse dentro del abordaje multidisciplinar de este grupo de pacientes y que va más allá del tratamiento psicoterapéutico de los síntomas diana. Así, a través de la experiencia clínica, se apoya el papel del terapeuta a lo largo de todo el proceso, con un papel relevante de apoyo y complementación al tratamiento farmacológico pero también con la atención hacia todos aquellos problemas comórbidos y/o secundarios a la clínica TDAH. Se justifica asimismo su relevancia clínica en el proceso de diagnóstico, sobre todo en los casos más complicados, que serían aquellos con síntomas difusos o falsos positivos que complican el diagnóstico diferencial y por tanto susceptibles de infra o sobre diagnósticos.

Entre los referentes teórico-prácticos en los que se rigen dichas actuaciones, se destacan la Guía Clínica del Sistema Nacional de Salud^[1] y el Protocolo de Coordinación del TDAH de la Junta de Castilla y León^[2]. En base a los mismos, se realiza a modo introductorio un breve recorrido por las peculiaridades clínicas del TDAH, los métodos diagnósticos y pruebas psicométricas más utilizadas en el ámbito sanitario, así como los métodos terapéuticos más comunes con los síntomas del TDAH y sus problemáticas asociadas.

EL TDAH: ASPECTOS CLÍNICOS Y PECULIARIDADES

El TDAH es un trastorno de origen neurobiológico de inicio en la edad infantil cuyos síntomas pueden perdurar hasta la edad adulta. Como se ha señalado en otros artículos del presente cuaderno, es uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia y representa uno de los motivos más frecuentes de consulta de salud mental infanto-juvenil. El motivo es el impacto cada vez mayor en los ámbitos

familiar, educativo y social que deriva en importantes consecuencias en los diferentes aspectos de la vida del paciente.

Tanto las repercusiones potenciales que tiene sobre el desarrollo personal y familiar de la persona afectada, como el incremento de las consultas médicas (médicos de atención primaria, pediatras, psiquiatras) y de las intervenciones de los equipos psico-educativos de los centros escolares hacen que sea uno de los trastornos más investigados en los últimos años. Los estudios surgen de diversas disciplinas (psiquiatría, neuropsiquiatría, psicología básica y experimental, psicología clínica e intervenciones terapéuticas, pedagogía e intervenciones educativas y otros) y es cada vez más frecuente la colaboración de los mismos dando lugar a teorías combinadas, programas multicomponentes y intervenciones multidisciplinarias.

Al hablar del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se hace referencia a un trastorno plurisintomático que se define por un patrón persistente de 3 grupos de síntomas nucleares (problemas atencionales, hiperactividad, impulsividad) tal y como aparecen definidos en los manuales de diagnóstico de referencia en el ámbito clínico DSM-IV-TR^[3] y CIE-10^[4]. Es un cuadro bien conocido y definido, en principio con unos criterios sensibles y predictivos de alta fiabilidad, pero el hecho de que su diagnóstico sea eminentemente clínico y se carezca por ahora de marcadores, de pruebas neuroanatómicas y neurofuncionales o de evaluación psicométrica concluyentes da lugar a una incertidumbre superior a la esperada en los facultativos encargados del diagnóstico definitivo.

A esto se añaden una serie de criterios adicionales en las clasificaciones, necesarios

para poder alcanzar un diagnóstico tanto en la CIE-10 como en el DSM-IV-TR. En primer lugar, los síntomas deben ser más frecuentes y graves que los observados habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar, con signos claros de deterioro o desajuste. Estos síntomas, además, deben producirse al menos en dos situaciones, principalmente en el ámbito académico y familiar, aunque pueden ser otros como el social o el lúdico. Dado que el TDAH se considera un trastorno del neurodesarrollo de inicio temprano y con curso crónico y persistente, se toma en cuenta el criterio edad indicando que los síntomas deben haber aparecido antes de los 7 años. Se trata de un consenso clínico, por lo que son numerosas las investigaciones actuales acerca de diagnósticos confirmados a los 5 años así como de otros cuyos síntomas más incapacitantes se detectan en torno a los 12 años. De hecho, se da mayor énfasis a la duración de los síntomas (varios años) que a la edad concreta de inicio, siempre que se detecte antes de la adolescencia. Por último, el TDAH tiene su entidad propia en las clasificaciones sin que se asocie a otra patología clínica (trastornos generalizados del desarrollo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo u otros), o médica (efectos secundarios de fármacos, discapacidad sensorial, organicidad neurológica). Cabe señalar que este último aspecto será desarrollado con matices a lo largo de este artículo al abordar la altísima presencia de comorbilidad y de problemas asociados o secundarios en el TDAH.

La realidad es que los pacientes con TDAH suponen un grupo bastante heterogéneo con alta variabilidad intra-grupo respecto a la intensidad, la edad de inicio y en la presencia de los síntomas en distintos contextos llegando a verse

afectados por aspectos situacionales (hora del día, cansancio, etc), personales (carácter, motivación, capacidad intelectual, etc), ambientales (entorno socioeconómico, dinámica familiar, red de recursos de apoyos, etc), entre otros.

Estas situaciones conllevan en la práctica una gran diversidad en cuanto a la identificación, diagnóstico y tratamiento de esta patología cuyo abordaje sanitario requiere personal con experiencia y entrenamiento en el diagnóstico del cuadro, la valoración de un diagnóstico diferencial y la detección y correcto abordaje de la posible problemática comórbida o secundaria al diagnóstico principal. Para ello puede resultar necesario o conveniente incluso la colaboración de diferentes profesionales sanitarios y/o de otras disciplinas.

DIFICULTADES EN LA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL TDAH

Es importante señalar que, en general, la psicopatología del niño y del adolescente presenta una serie de peculiaridades que la diferencian significativamente de la del adulto. Sus modos de enfermar y de manifestar la clínica no coinciden en muchos casos con los síntomas definidos en adultos. De hecho, el desarrollo evolutivo y las etapas del mismo pueden condicionar los criterios de normalidad o enfermedad. Por otra parte el control estimular y situacional tiene más relevancia en el comportamiento en la infancia que en otras etapas, por lo que es común presentar síntomas en determinadas circunstancias y no en otras.

Otras peculiaridad de la salud mental infanto-juvenil es la gran relevancia de la exploración clínica, recogida de datos e informantes, así como de quién surge la

demanda o petición de tratamiento (en muy rara ocasión la solicita el propio afectado). La subjetividad forma parte del diagnóstico en salud mental y más en el caso de niños en los que los criterios de normalidad o anormalidad dependerán de la tolerancia del entorno o de aspectos socioculturales (de especial relevancia en el caso de la población inmigrante).

Estas incertidumbres no son ajenas al TDAH. A pesar de que es una de las patologías que más investigaciones y atención está recibiendo en la actualidad, y aún a pesar de la existencia de guías basadas en la evidencia científica, no hay total acuerdo en nuestro medio acerca de qué instrumentos hay que utilizar para la evaluación de niños con posible TDAH así como también existe controversia sobre los criterios que se deben emplear para su diagnóstico. Estas dificultades en la detección, el proceso diagnóstico y la metodología originan amplias variaciones (geográficas y demográficas), lo que puede conducir bien al infra como al sobre-diagnóstico del TDAH.

La realidad es que en la actualidad no contamos con marcadores biológicos que nos permitan diagnosticar el TDAH, por lo que el diagnóstico es fundamentalmente clínico. Se siguen los criterios de manuales internacionales de diagnóstico como el americano DSM-IV-TR y el europeo CIE-10 que siguen criterios de clasificación categorial y multiaxial y que en el caso del TDAH llegan a solapar sus criterios casi en su totalidad, indicativo del alto consenso respecto a síntomas diana.

Contamos también con pruebas psicométricas que aunque no justifican un diagnóstico son un buen apoyo a la observación y entrevista clínica, pero los

instrumentos que se utilizan habitualmente para la evaluación de los niños en quienes se sospecha el trastorno no siempre han sido validados en la población española.

EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA

Siendo cierto que el diagnóstico de TDAH es clínico, también lo es que en determinados casos se necesita una evaluación más amplia (incluso multiprofesional) que permita ajustar la intervención terapéutica más adecuada a cada caso.

Debe aclararse que la evaluación que realiza un psicólogo para plantear un trabajo terapéutico implica un proceso más amplio que el diagnóstico incluyendo aspectos como la recogida de datos respecto a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de los pacientes con TDAH. Por lo general, si la pretensión es únicamente la de diagnóstico del trastorno se recurre a los criterios diagnósticos que se establecen en el DSM-IV-TR o CIE-10. Por el contrario, si la meta es determinar las deficiencias funcionales que experimenta un caso de TDAH con el fin de planificar el programa de intervención más adecuado, el proceso de evaluación será mucho más complejo ante la diversidad de factores que deben valorarse y la pluralidad de fuentes a las que será preciso consultar. En muchos casos es preciso recurrir a un análisis multidisciplinar que incluya la evaluación pediátrica, psicológica, psicopedagógica, neurológica y/o psiquiátrica en función de las necesidades detectadas.

Respecto a los métodos de evaluación psicométricas (cuestionarios, entrevistas y otros) son muy numerosas las pruebas empleadas en el ámbito pedagógico, pero

TABLA 1: EJEMPLOS DE PRUEBAS PSICOMÉTRICAS EMPLEADAS EN LA VALORACIÓN DE SÍNTOMAS DIANA DEL TDAH.

ADAH RATING SCALE - IV [5]
ESCALAS DE CONNERS [6]
ESCALAS EDAH [7]
ESCALAS MAGALLANES [8]
SNAP - IV [9]: versiones para padres y profesores

otras se emplean tanto en el sanitario como el escolar u otros. Unas son cumplimentadas por el profesional encargado del caso, otras por un adulto de referencia (padres, profesores, ambos) y otras por los propios menores.

Como se ha señalado anteriormente, las pruebas de evaluación psicométrica no pueden plantearse como métodos de diagnóstico en el TDAH sino como un apoyo o prueba más en casos que orienten hacia un posible diagnóstico. Es frecuente el uso de estas pruebas en casos dudosos, pero la realidad es que con frecuencia se deben contemplar sus resultados con cautela y así evitar falsos positivos. Estas pruebas pueden facilitar la práctica clínica por su capacidad para captar una gran variedad de información de una manera eficiente, así como de analizar y presentar sus resultados de forma útil. Por ejemplo, se recomienda recoger estos resultados como hipótesis a validar en un marco más amplio de estudio clínico del caso. Es decir, se toman como punto de partida y no como fin en el proceso de evaluación clínica. Otro uso habitual en el ámbito clínico es el de método de control de la respuesta al tratamiento farmacológico u otras medidas terapéuticas.

Los datos que aportan las pruebas pueden ser cualitativos o cuantitativos, pero incluso estos últimos deben interpre-

tarse según criterios de edad y desarrollo, sexo, contexto cultural, ámbito de aplicación de la prueba o sujeto de evaluación, entre otros. Respecto a los objetos de evaluación, éstos pueden ser el propio paciente, los padres, profesores u otros profesionales.

En las consultas del ESMIJ, dadas las limitaciones temporales de nuestras revisiones y siguiendo las recomendaciones de la Guía Clínica del SNS, nos decantamos por aquellas pruebas de aplicación sencilla y que requieren de escaso tiempo de aplicación (ver **tabla 1**). Con mayor frecuencia, los facultativos recogen informes de otros profesionales, como pedagogos o psicólogos educativos, con resultados de diversos cuestionarios o tests por lo que es preciso estar familiarizado con dichas pruebas para su correcta interpretación.

Por último, conviene señalar que para una correcta valoración psicométrica es imprescindible un estudio de la capacidad intelectual mediante otro grupo de pruebas psicométricas bien conocidas en el ámbito de la psicología, de las que mostramos preferencia por las de Weschler WISC y WAIS^[10,11] ya que muestran un perfil muy completo de habilidades cognitivas que aportan datos relevantes acerca de la rapidez cognitiva, la memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, etc. No debe olvidarse que una baja capacidad mental o

retraso mental supone descartar un TDAH. Estas pruebas también suponen punto de partida para el estudio del perfil concreto (subtipo combinado, déficit de atención simple) o para detectar posibles casos de lentitud cognitiva o disfunciones en habilidades ejecutivas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDAD

En el ámbito de la consulta sanitaria, sin desmerecer la relevancia de la psicometría, es de especial relevancia un comprehensivo estudio clínico y psicopatológico del caso. La evaluación clínica se basa en un equilibrio delicado, entre experiencia profesional, conocimientos teóricos y el informalmente llamado «ojo clínico». Ello descarta posturas profesionales extremas, desde dejarse llevar por la pura intuición hasta ceñirse a rígidas ortodoxias. En relación con estas actitudes dicotómicas y citando unos planteamientos expuestos por el grupo de Lasa-Zulueta acerca de la evaluación de la situación asistencial del TDAH diríamos que entre los clínicos que trabajan con la población infanto-juvenil parecen darse dos modelos principales: el biologicista y el psicopatológico^[12].

El primero entiende que el TDAH es un síndrome unitario caracterizado por una tríada sintomática (hiperactividad, déficit de atención, impulsividad), no siempre presentada completa; afirma la naturaleza neurobiológica del trastorno y busca, hasta ahora sin un éxito definitivo, marcadores biológicos que confirmen esta hipótesis etiológica. En consecuencia postula, aunque no descarta otras intervenciones, un tratamiento necesariamente farmacológico (exclusiva o muy mayoritariamente psicoestimulantes) dirigido a disminuir

los síntomas y a facilitar la aplicación de otras medidas terapéuticas. La coexistencia muy frecuente de otros problemas de índole psicológica es considerada como una comorbilidad de carácter psicopatológico, añadida o asociada pero no causal, que justificaría secundariamente otras intervenciones de tipo psicológico o psiquiátrico.

El segundo entiende el TDAH como la manifestación de un conjunto de síntomas, diferentes componentes etiopatogénicos, diferentes organizaciones de la personalidad o diversos tipos de funcionamiento mental. Entiende que los factores psicológicos y psicopatológicos, además de implicar un gran sufrimiento y malestar, tienen un papel determinante en las manifestaciones del TDAH, y no son sólo comorbilidades sobreañadidas a un trastorno neurológico puro. Postula que esta variedad y complejidad clínica necesita abordajes terapéuticos múltiples que no pueden limitarse exclusiva y principalmente a la administración de fármacos y que deben incluir ayudas especializadas e individualizadas de tipo psicológico, familiar y escolar, en todos los casos.

Aunque en principio contradictorias, ambas corrientes son complementarias y parte de un todo. Sin embargo, esta situación ha llevado a algunos profesionales a cuestionar la existencia del TDAH y a preguntarse cuáles son los motivos por los que cada vez más personas presentan síntomas afines, sugiriendo que pueda ser una moda pasajera en el diagnóstico psiquiátrico. Corrientes de opinión todavía más extremas llegan a afirmar que el TDAH es un mito o, más específicamente que los niños diagnosticados de TDAH son «normales» pero que los «etiquetan» como trastorno mental por la intolerancia de padres y docentes, por la

ansiedad cultural y parental en torno a la crianza de los niños o por una conspiración entre la comunidad médica y las compañías farmacéuticas^[13, 14].

Desde el ESMIJ, la opinión frente a estas polémicas se confronta a través de la experiencia clínica con los pacientes, que lleva a señalar que los síntomas del TDAH tienen un gran impacto en el desarrollo e interfieren en el funcionamiento social, emocional y cognitivo, causando una importante disfuncionalidad en el niño y adolescente, en su rendimiento académico, con su grupo de compañeros y en su familia. Frente al riesgo de psiquiatrización y sobremedicación, se aboga por el uso racional de los fármacos y se intenta afinar lo mejor posible en el diagnóstico diferencial, algo muy complejo con estos pacientes.

Un mal diagnóstico puede entenderse como falso positivo, pero también puede serlo un caso de infradiagnóstico (o falso negativo) conllevando mayor inadaptación, peor calidad de vida y bienestar y una elevada comorbilidad. Así, el TDAH no tratado o infratratado, puede asociarse a largo plazo con una amplia gama de resultados adversos, como menor rendimiento académico, incremento de las expulsiones del colegio o abandono escolar, menor categoría profesional, más accidentes de conducción, aumento de las visitas a urgencias por accidentes, mayor incidencia de divorcio e incluso incremento de la delincuencia^[15].

Es frecuente la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, como el trastorno negativista desafiante y los trastornos de aprendizaje, los trastornos por tics y los trastornos de ansiedad. Tanto en la adolescencia como en la edad adulta, son

frecuentes los problemas de baja autoestima y escasas habilidades sociales. También el inicio del consumo de sustancias es más precoz en estos pacientes, y es menos probable la abstinencia en la edad adulta. El riesgo de presentar un trastorno de personalidad antisocial mayor en pacientes con historia de TDAH, riesgo asociado a la comorbilidad con un trastorno disocial previo^[16].

De hecho, es poco frecuente la presentación aislada del trastorno, sobre todo en aquellos casos que se detectan de forma tardía [15]. Otro aspecto a señalar son las manifestaciones clínicas diferenciadas según sexo y momento evolutivo [17]. Respecto a estos datos, es posible que la detección e intervención precoces puedan controlar estos índices y en esa línea de trabajo queremos desarrollar nuestra labor (ver **tabla 2**).

Respecto al diagnóstico diferencial, tras revisar los criterios diagnósticos del TDAH se puede pensar que es bastante sencillo la detección de un caso. Son síntomas bien definidos y estructurados, con una alta sensibilidad. El problema es su baja especificidad y por tanto su bajo valor predictivo, sobre todo cuando se toman los síntomas de forma aislada [13]. Son tantos los síntomas aislados que se solapan con otras entidades nosológicas que da lugar a muchos falsos positivos. (ver **tabla 3**).

Ejemplos de dificultades diagnósticas podrían ser un paciente que cumple parcialmente los síntomas, otros casos en los que se enmascara otra patología subyacente, o bien hay síntomas paradójicos (muy frecuentes a estas edades), se solapan diversas patologías o surgen como consecuencia de un problema no tratado. Todos ellos son ejemplos comunes de la recepción

TABLA 2. COMORBILIDADES MÁS FRECUENTES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH (GUÍA CLÍNICA TDAH DEL SNS, 2011).

Trastorno	Tasa Aproximada en niños con TDAH
Trastornos de aprendizaje (trastorno de la lectura, del cálculo)	Entre el 8 y el 39% trastorno de la lectura, del 12 al 30% trastorno del cálculo
Trastorno del desarrollo de la coordinación motora (TDCM) / retraso de la coordinación motora	El 47% cumplen criterios de TCDM/el 52% tienen retraso en la coordinación motora ³⁰
Trastornos del desarrollo del habla, trastornos expresivos (pragmáticos)	Hasta el 35% inicio tardío del habla/entre el 10-54% dificultades expresivas, principalmente pragmáticas ³⁰
Trastornos generalizados de desarrollo (TGD)* del desarrollo (TGD) pueden presentar TDAH	Hasta el 26% de los niños con trastorno generalizado tipo combinado ³⁰
Trastorno negativista desafiante	Entre el 40 y el 60% ^{30,39}
Trastorno disocial	14,3% ³⁹
Trastorno de tics/síndrome deTourette	10,9% ³⁹
Trastorno por abuso de sustancias	En la adolescencia el riesgo es 2-5 veces mayor que en controles normales, si hay comorbilidad con trastorno disocial
Trastorno del estado de ánimo: depresión mayor/ trastorno bipolar	3,8%/2,2% ³⁹
Trastorno de ansiedad (angustia, fobia, obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada, ansiedad de separación)	Entre el 25 y el 35% ^{30,39}
Trastorno del sueño	Entre el 30 y el 60% ³⁰

* a pesar de que los criterios diagnósticos actuales no permiten el diagnóstico del tdah en niños y adolescentes con tgd, un número significativo de estos pacientes presentan también sintomatología compatible con tdah que precisa evaluación y tratamiento específico.

de una caso cuando son derivados a salud mental. Los motivos son variados; en unos casos, porque se ha tardado mucho en detectar el problema, en otros porque los padres son malos informantes o simplemente desconocen la problemática principal y se quedan fijados en la queja de aspectos más anecdóticos o banales, minimizando o simplemente no apreciando síntomas diana. Con frecuencia, se observa en los adultos de referencia una búsqueda de racionalizar o justificar actitudes «incomprensibles» para ellos como la apatía hacia los estudios, la inmadurez, o con más frecuencia de la que se cree, la falta de capacidad intelectual.

Por otra parte, nos encontramos con un diagnóstico que pocas veces deja indiferentes y ante el que se adoptan actitudes dicotómicas, una cuestión de «creer o no creer». Así, aunque no formalmente establecidas, en nuestra comarca sí se reciben casos cuyos adultos de referencia (padres, familia, profesores) bien se posicionan en uno u otro bando. Desde la USMIJ se trata de adoptar una actitud racionalizadora y no polarizada, siempre intentando aunar esfuerzos de los profesionales en pos de los recursos disponibles, las prácticas basadas en la evidencia científica y en la experiencia clínica. Por ello, frente a la escasez de los deseados «casos puros» es

TABLA 3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON TDAH (GUÍA CLÍNICA TDAH DEL SNS, 2011)

Resumen de la evidencia científica:
Dentro de la valoración clínica del niño con TDAH hay que tener en cuenta que no todo niño movido y despistado tiene TDAH; es necesario hacer el diagnóstico diferencial con otras entidades que pueden ser confundidas con el trastorno.
El primer paso, sin embargo, será descartar que la conducta que presenta el niño se encuentre dentro de la normalidad. Para ello, es importante valorar la cantidad e intensidad de los síntomas, la permanencia en el tiempo y su impacto funcional en las diferentes situaciones.
Los síntomas de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención pueden aparecer en una amplia variedad de trastornos: • retraso mental, • trastornos de aprendizaje, • trastornos generalizados del desarrollo, • trastornos del comportamiento, • trastornos de ansiedad, • trastornos del estado de ánimo, • abuso de sustancias.
Factores ambientales: • estrés, • negligencia/abuso infantil, • malnutrición, • inconsistencia en pautas educativas.
Trastornos médicos: • encefalopatías postraumáticas o postinfecciosas, • epilepsia, • trastornos del sueño (apneas del sueño, síndrome de piernas inquietas, síndrome de movimientos periódicos de las extremidades) • trastornos sensoriales (déficit visuales y auditivos significativos), • efecto secundario de fármacos (broncodilatadores, antiepilépticos...), • disfunción tiroidea, • intoxicación por plomo, • anemia ferropénica.
La mayoría de estos trastornos pueden detectarse con una valoración clínica completa.

preciso ser cuidadosos en un ajustado cribado y detección de posibles casos para favorecer la detección precoz y al mismo tiempo evitar etiquetar aquellos casos en los que surgen dudas por la comorbilidad que presentan o porque precisan de tiempo de evolución para confirmar o descartar hipótesis de diagnóstico diferencial.

Es tal la importancia que se da al correcto diagnóstico desde la USMIJ que se considera uno de los objetivos principales con los TDAH, ya que a este dispositivo llegan aquellos casos más graves, más complejos, más contradictorios y que precisan de una mayor atención. En esta fase de evaluación la labor cooperativa del psicólogo clínico en ocasiones resulta fundamental.

INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN TDAH

En el ámbito del tratamiento psicológico (psicoterapéutico, educativo, familiar) sí nos encontramos con una mayor formación teórica y práctica respecto a la atención de los niños y adolescentes diagnosticados de TDAH. Aún así, la práctica asistencial se hace cada vez más compleja debido a múltiples factores, entre los que el intenso incremento de información científica es uno de los más relevantes. Para que las decisiones clínicas sean adecuadas, eficientes y seguras, los profesionales deben actualizar permanentemente sus conocimientos y además tratar de ponerlos en práctica en la medida que los recursos disponibles, carteras de servicios profesionales y congruencia con las guías y protocolos oficiales así lo permitan.

La mayoría de las guías disponibles en nuestro país hasta ahora procedían del mundo anglosajón^[18], por lo que además de las diferencias étnicas y culturales sus propuestas terapéuticas y de intervención estaban poco adaptadas a nuestra realidad asistencial y social. En los últimos años han sido numerosos los esfuerzos por cubrir este vacío, siendo cada vez más las recomendaciones válidas para nuestro entorno basadas en la mejor evidencia científica disponible.

Las primeras guías y protocolos nacionales comenzaron siendo adaptaciones de otras extranjeras originales. En otros casos, se centraban en guías, árboles y diagramas de decisión diagnóstica o farmacológica. Muchas de ellas se encontraban parceladas en compartimentos estancos según la disciplina o el ámbito de tratamiento. Así nos encontrábamos con guías de tratamiento farmacológico para

el TDAH, guías de intervención desde Atención primaria, guías de atención en Atención Especializada, protocolos de actuación desde Educación con los TDAH y otras muchas. Todo ello sin contar con campos tan difusos como la Psicología, con sus diversas disciplinas: Básica y Experimental, Educativa, Clínica, Psicoterapias.

Bajo el conocimiento y la convicción de que es un trastorno complejo, de etiología multifactorial, que afecta al individuo que lo padece a lo largo del ciclo vital y que además causa interferencias en las actividades escolares, familiares y sociales, agravadas por la alta comorbilidad (con otras patologías psiquiátricas y otras problemáticas como el fracaso escolar, consumo de tóxicos, delincuencia juvenil) en los últimos años comienzan a surgir propuestas oficiales y oficiosas de intervención multidisciplinar para los TDAH.

Un hito importante en la Sanidad Pública española es la presentación de la Guía Clínica para los TDAH del Sistema Nacional de Salud [1] y que plantea el abordaje del TDAH desde una perspectiva multimodal y multidisciplinar y en el que se señala como imprescindible la prestación de atención coordinada y continuada desde el nivel sanitario, familiar y educativo y la de garantizar la correcta atención y seguimiento de los menores que presentan este trastorno.

Citando palabras textuales de la misma «el tratamiento combinado para el TDAH se refiere al empleo de una combinación de tratamientos que posibilitan el incremento de los efectos de las intervenciones en diferentes ámbitos: la medicación dirigida a los síntomas nucleares, y el tratamiento psicológico a los problemas

secundarios y comórbidos asociados al TDAH».

Basándose en estudios de evidencia clínica y científica tanto esta guía clínica como la guía de excelencia NICE ⁽¹⁸⁾ dan un papel muy relevante al abordaje psicológico, como por ejemplo cuando señalan que la combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos ejercen efectos diferenciados, siendo inmediatos en los síntomas del TDAH mediante la utilización de la medicación, y de larga duración mediante el desarrollo de estrategias y habilidades cognitivas y de comportamiento. Estas estrategias serían abordadas con terapia cognitiva, conductual y diversas intervenciones psicopedagógicas. Incluso ambas guías llegan a postular en su apartado de evidencias científicas que optar por un tratamiento combinado (fármacos y terapias) puede llegar a respuestas satisfactorias con menos dosis de medicación y, por consiguiente, reducir el riesgo de los efectos secundarios del fármaco así como los costes del mismo.

En resumen, la propuesta más sólida de tratamiento combinado incluiría los tratamientos farmacológico, psicopedagógico y psicológico. En los casos de necesidad se precisa valorar la introducción de otras intervenciones como las socioambientales o familiares.

Aunque en un ideal cualquier menor podría verse beneficiado del tratamiento combinado, a la hora de optimizar los recursos públicos disponibles se actúa según la evidencia en costes-beneficios de cada medida. No todos los pacientes van a contar con todos los apoyos; de hecho, debido a la cada vez mayor presión asistencial, los criterios para derivación e intervención en psicología clínica o incluso a los equipos psicoeducativos son cada

vez más restrictivos y se termina atendiendo de forma multidisciplinar aquellos casos más graves.

Nos apoyamos para justificarlo en que los datos de evidencia científica según los que la guía clínica de SNS sugiere que si el tratamiento farmacológico para el TDAH ya se ha instaurado, y el niño ha respondido positivamente, añadir intervención psicológica no muestra efectos aditivos sobre la sintomatología nuclear del TDAH, comportamiento perturbador, estado emocional y/o autoeficacia. Sin embargo, al mismo tiempo sí hay evidencia científica de que cuando se compara la medicación estimulante con una intervención psicológica compleja como opciones principales de tratamiento, los beneficios de la medicación respecto al tratamiento psicológico no son tan llamativos^[1].

En la redacción de las guías de excelencia clínica se recogen resultados de numerosos estudios e investigaciones científicas con rigor metodológico y estadístico contrastado. En algunos casos, como vemos, las conclusiones pueden impresionar de contradicción o falta de consistencia, pero señalan también la necesidad de que futuras líneas de investigación con mayor control de las variables lleguen a resultados más concluyentes. Recordemos que la mayor productividad de estudios en el campo del TDAH ha tenido lugar en las 2 últimas décadas y ello supone una línea muy joven en el mundo científico.

RECOMENDACIONES DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH

Con frecuencia, cuando en las guías se habla del tratamiento psicológico no se

diferencia entre intervenciones clínicas, comunitarias o educativas. Tampoco se suelen especificar cuando van enfocadas a un abordaje principal o bien se emplean como apoyo al tratamiento farmacológico. Esto se debe a la consideración de que la mayor parte de las técnicas psicológicas adecuadas al abordaje del TDAH (síntomas diana o problemas asociados) pueden ser aplicadas en cualquier ámbito siempre que sean trabajadas por personal cualificado y entrenado específicamente.

Sin embargo, en el caso de un psicólogo clínico que trabaje en condiciones reales del ámbito sanitario, su labor no sólo consiste en una intervención estructurada de un paciente ya diagnosticado, sino que puede hacerse cargo del caso a lo largo de todo el proceso. Labores propias de este perfil pueden ser: estudio diagnóstico de TDAH, diagnóstico diferencial con otras entidades clínicas, atención psicológica y/o tratamiento psicoterapéutico, coordinación con dispositivos educativos o sociales, psicoeducación con los padres, entrenamiento en pautas parentales específicas, detección y atención de trastornos y problemas comórbidos asociados.

Con respecto a las recomendaciones de uso de tratamiento psicológico pueden centrarse en el mismo como tratamiento principal, tratamiento coadyuvante o tratamiento alternativo (no en todos los casos resultarán igual de eficientes). Las recomendaciones e indicaciones a cada caso se recogen en la **Tabla 4**.

Al igual que no todos los pacientes pueden recibir tratamiento farmacológico, no todos los pacientes con el diagnóstico o

con clínica parcial son candidatos a intervenciones psicoterapéuticas en el ámbito clínico, como por ejemplo si se da una atención duplicada o solapada (acude a una asociación, psicólogo, educador o psicopedagogo privado); la necesidad se centra en aspectos puramente educativos (problemas aprendizaje, técnicas de estudio, estimulación cognitiva); problemática conductual específicamente circunscrita al ámbito escolar; problemática prioritariamente social o cultural; problemas orgánicos o toxicológicos; limitaciones cognitivas y/o sensoriales.

Las intervenciones psicológicas que han mostrado alguna evidencia científica de eficacia para el TDAH se basan en los principios de terapias conductuales tanto con los pacientes como con padres o profesores^[19, 20]. El tipo de intervenciones que se aplican se describen brevemente en la **Tabla 5**. Actualmente, la intervención psicológica en el TDAH supone la puesta en marcha de diferentes estrategias y técnicas multicomponente. Algunas de ellas son específicas para el niño y otras están destinadas a entrenar y formar a padres y educadores tanto en el ámbito escolar como en el familiar. La implicación de padres y educadores es fundamental para conseguir soluciones generalizadas y mantenidas.

Para valorar la eficacia del tratamiento psicológico se tienen en cuenta variables clínicas como la intensidad de los síntomas nucleares y asociados, la repercusión personal, familiar, académica y social. Todas ellas pueden evaluarse a través de la entrevista clínica con el niño y los padres, la información de los docentes, y/o la información obtenida mediante los instrumentos estandarizados. La guía del SNS recomienda la evaluación del tratamiento a los 3 meses del inicio, al

TABLA 4 RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA GUÍA CLÍNICA TDAH DEL SNS (2011)

Se recomienda la aplicación de un programa de entrenamiento conductual para los padres de los niños y adolescentes diagnosticados de TDAH, con o sin comorbilidad.
Se recomienda la terapia cognitivo-conductual como tratamiento inicial para el TDAH en niños y adolescentes en cualquiera de las siguientes situaciones: • los síntomas del TDAH son leves • el impacto del TDAH es mínimo o hay una notable discrepancia sobre la frecuencia e intensidad de los síntomas entre los padres, o entre éstos y los profesores • el diagnóstico de TDAH es incierto • los padres rechazan el empleo de medicación • en niños menores de 5 años (aunque este grupo de edad queda fuera del alcance de esta guía)
En los programas de tratamiento psicológico de niños y adolescentes con TDAH deben evaluarse la eficacia, los posibles efectos adversos y el cumplimiento terapéutico. La evaluación del tratamiento se realizará a los 3 meses del inicio, al finalizarlo (en caso de tener un límite temporal definido), o en el momento que el clínico lo considere oportuno
En niños y adolescentes con TDAH moderado o grave, se recomienda el tratamiento combinado, que incluye el tratamiento psicológico conductual, el farmacológico y la intervención psicopedagógica en la escuela
Se recomienda la aplicación de un programa de entrenamiento conductual para los padres de los niños y adolescentes diagnosticados de TDAH, con o sin comorbilidad (la inclusión de programas de entrenamiento para padres en formato individual aumenta la aceptabilidad de los tratamientos y alivia el malestar parental)
Se recomienda la terapia cognitivo-conductual como tratamiento inicial para el TDAH en niños y adolescentes en cualquiera de las siguientes situaciones: • los síntomas del TDAH son leves • el impacto del TDAH es mínimo • hay una notable discrepancia sobre la frecuencia e intensidad de los síntomas entre los padres, o entre éstos y los profesores • el diagnóstico de TDAH es incierto • los padres rechazan el empleo de medicación • en niños menores de 5 años (aunque este grupo de edad queda fuera del alcance de esta guía).
El tratamiento psicológico puede combinarse con el tratamiento farmacológico: • cuando la intervención psicológica sea la opción preferida por los niños, adolescentes y sus familias, pero por la gravedad de los síntomas ésta no pueda ser factible en ese momento. Sin embargo, el potencial de la medicación de facilitar una mejora inicial rápida durante las primeras semanas de una intervención combinada puede ayudarles a beneficiarse de las técnicas psicológicas más adelante • en los casos graves, puede ser conveniente iniciar el tratamiento farmacológico para ofrecer efectos más inmediatos de mejora; esto puede ser necesario si existe una marcada disfunción social, gran presión familiar o de pareja, o si el niño se encuentra ante una inminente expulsión escolar • el aprendizaje conductual en el tratamiento psicológico puede verse favorecido por el uso combinado de tratamiento farmacológico • combinar tratamiento farmacológico con intervención psicológica puede llevar a reducir las dosis de fármacos así como aminorar las preocupaciones acerca del uso de la medicación

TABLA 5: TIPOS DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL TDAH.

Terapia de Conducta	
Entrenamiento para padres	Psicoeducación Entrenamiento en técnicas de modificación de conducta
Terapia cognitiva para el niño	Autoinstrucciones Autocontrol Resolución de problemas
Entrenamiento en habilidades sociales	Grupal Individual
Otras Intervenciones Psicoterapéuticas	
Técnicas de estimulación cognitiva	Trabajo con funciones ejecutivas
Abordaje / tratamiento de problemas específicos	Psicoterapias convencionales Intervenciones psicológicas focales Otras
Prevención conductas de riesgo	Psicoeducación Promoción de la salud

finalizarlo (en caso de tener un límite temporal definido), o en el momento que el clínico lo considere oportuno.

UNA PROPUESTA DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL: EL PROTOCOLO DE COORDINACIÓN DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN

En nuestra comunidad, un intento de facilitar la coordinación de las actuaciones recomendadas por la Guía Clínica del SNS es el Protocolo de Coordinación del TDAH de la Junta de Castilla y León^[2], cuya intención es facilitar la comunicación y transmisión de la información entre los profesionales y el paciente/familia con el objeto de garantizar el éxito de las intervenciones y la continuidad asistencial y educativa a lo largo de todo el proceso.

Este protocolo señala 3 fases de intervención: 1) Detección Temprana de TDAH; 2) Diagnóstico y Tratamiento en Atención Primaria; 3) Diagnóstico y

Tratamiento en Atención Especializada. Se elabora para cada caso un Plan de Coordinación y Seguimiento de todos los dispositivos y agentes implicados en el proceso en cualquiera de las fases.

La primera fase sería la de detección, sospecha y cribados de posibles casos, cuyos ámbitos de detección serían aquellos más próximos al menor: familia, profesorado, pediatra, médico de atención primaria o cualquier otro miembro de la comunidad de referencia.

La segunda fase supone la de acceso a los Servicios Sanitarios a través de los dispositivos de Atención Primaria. Se recomienda el primer estudio clínico e incluso la posibilidad de seguimiento y control del tratamiento, incluyendo la derivación o solicitud de intervención a los dispositivos educativos y sociocomunitarios que se estimen oportunos. Igualmente se incluyen recomendaciones de derivación a Servicios Sanitarios Especializados (Salud Mental, Neurología, Pediatría Hospitalaria, otros).

La tercera fase sería la de Atención Especializada Educativa y Sanitaria. Los primeros serían los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica y los segundos serían principalmente las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil. Se señala que corresponde la derivación de los casos a las USMIJ cuando se precisa realizar un diagnóstico diferencial, no existe seguridad en el diagnóstico, pobre respuesta al tratamiento farmacológico, o cuando surgen complicaciones médicas, de conducta, del aprendizaje o psicosociales que dificultan el diagnóstico o la evolución del caso. También si se precisa de algún tipo de abordaje psicoterapéutico o de tratamiento conductual específicos.

En resumen, este protocolo que propone la Junta de Castilla y León no es específicamente sanitario sino que desarrolla los criterios de coordinación entre las Consejerías de Educación (representados por los Equipos de Orientación Educativa / Departamentos de Orientación de los Centros Escolares) y de Sanidad (desde los diversos niveles de atención, primaria y especializada), con referencias también a la coordinación con otros dispositivos sociales y comunitarios en los casos pertinentes.

CONCLUSIONES

En el ESMIJ del Hospital El Bierzo desde su configuración como unidad independiente del ESMIJ de adultos en el año 2009, se ha procurado el seguimiento de las indicaciones señaladas por las guías y protocolos oficiales de la sanidad pública, en concreto las referidas en apartados anteriores. De hecho en el año 2010 se llegó a elaborar un protocolo a propuesta del SACYL (descrito en otro artículo de la presente monografía) y que resultó muy similar al de la Junta de Castilla y León de 2011.

Al trabajar en el ámbito sanitario público, es precisa la adaptación a las indicaciones del Sistema Nacional de Salud en la medida de lo posible. El momento actual corresponde a una etapa de crecimiento, implantación y desarrollo con un énfasis especial en concienciar a nuestra población de referencia en la necesidad de atención y abordaje tempranos de trastornos prevalentes y potencialmente graves como el TDAH.

Como siempre que se inicia una andadura profesional, también el ESMIJ se ve limitada por la escasez de recursos humanos, materiales y logísticos ante una creciente presión asistencial. A este balance de necesidades-prioridades-recursos disponibles debe sumarse la cantidad de casos que acuden a el ESMIJ bajo demandas ajenas al campo de la salud mental.

Independientemente de las limitaciones presentes, la experiencia a lo largo de los 3 años de existencia de el ESMIJ del Bierzo es valorada como positiva tanto por el equipo como por los pacientes y familiares, centros educativos y otros dispositivos sanitarios con los que colabora. Esta valoración es esperable debido a una situación previa en la que apenas había atención especializada para estos pacientes, pero esta situación aún se aleja del objetivo final, que no es otro que proporcionar una atención a nuestra población de referencia que se aproxime a las indicaciones de excelencia.

Estos aspectos condicionan particularmente la labor del psicólogo clínico con los pacientes con TDAH ya que la distribución de recursos impide la administración de psicoterapia reglada o tratamientos específicos a la totalidad de la población atendida, ya que el ESMIJ

abarca toda la psicopatología de la infancia y adolescencia así como también contempla la necesidad de intervención puntual en situaciones de crisis o adaptación.

En este contexto, en nuestro ESMIJ, los pacientes con sospecha de TDAH son derivados como primera opción a psiquiatría y una gran mayoría son tratados farmacológicamente. Se lleva a cabo un filtrado de derivaciones a psicología según criterios recogidos en las tablas previas y también en casos de padres con escasas habilidades, con estilos parentales inadecuados o incluso cuando sugieren poca conciencia de problema derivando en cumplimiento errático de las indicaciones y prescripciones médicas y por tanto, con una evolución también errática. Es frecuente, en casos de clínica leve-moderada o perfiles atípicos, la derivación a Psicología Clínica para la afinación del diagnóstico diferencial o la aplicación de pruebas psicométricas específicas.

No se debe olvidar que el ESMIJ es un dispositivo de atención especializada o de 2º nivel, por lo que la derivación a la misma debe entenderse como colaboración entre el

nivel primario y el especializado, contemplado en todo momento la ida y vuelta del paciente una vez conseguidos los objetivos de la consulta, valoración o intervención especializada. Este tipo de dinámicas conlleva una coordinación estrecha entre ambos niveles de asistencia.

El futuro es esperanzador, dado el mayor conocimiento del TDAH y sus necesidades, la mayor conciencia y apoyo por parte de la sociedad, el reconocimiento público a los facultativos sanitarios gracias a las guías del Ministerio de Sanidad y protocolos de actuación como el de la Junta de Castilla y León. Pero también se debe a la voluntad del Equipode Salud Mental Infante Juvenil (conformado por 1 médico psiquiatra, 1 psicólogo clínico, 1 diplomado en enfermería y 1 trabajador social a tiempo parcial) y al creciente esfuerzo por parte de los dispositivos de atención primaria y de los equipos psicopedagógicos de saltar las barreras disciplinares y trabajar en la mayor coordinación posible. Es a todos ellos y como no, a nuestros pacientes y sus familiares a quienes agradecemos sus aportaciones para la elaboración de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes.** Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/18.
2. **Láez, MC; Requejo, M; Silvano, JJ; Velasco, MC. Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.** SACYL, Junta de Castilla y León, 2011
3. **American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders (DSM-IV-TR). 4rd. edn.** Te. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
4. **World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, ICD-10.** Geneva: WHO; 1992.
5. **DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, Reid R. ADHD Rating Scale IV: checklists, norms, and clinical interpretation.** New York: Guilford, 1998

6. **Conners CK. Conners' Rating Scales: Revised Technical Manual.** North Towanda (New York): Multi-Health Systems, 1997.
7. **Farré-Riba A, Narbona J. EDAH: evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH).** Madrid: TEA; 2003.
8. **García Pérez, E. M. & Magaz Lago, A. (2000). Escala Magallanes de atención visual: EMAV.** Bizkaia, España: Grupo ALBOR – COHS. Ed. COHS Consultores en ciencias Humanas.
9. **Swanson JM, Sandman CA, Deutsch C, Baren M. Methylphenidate hydrochloride given with or before breakfast: I. Behavioral, cognitive, and electrophysiologic effects.** *Pediatrics* 1983;72:49-55
10. **Wechsler DA. Wechsler intelligence scale for children - Third Edition.** San Antonio, TX: The psychological Corporation; 1991
11. **Wechsler DA. Escala de inteligencia Wechsler para adultos-III.** Madrid: TEA ediciones; 2005
12. **Lasa Zulueta, A. El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias.** *Psicopatol salud ment.* 2007; M2:9-16.
13. **Lasa-Zulueta A, Jorquera-Cuevas C. Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.** Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBANº 2007/09.
14. **León-Sanromà M. Controversias en torno al diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.** *Aten. Primaria* 2008;40: (8):426-7.
15. **Correas Lauffer J, Ibañez Cuadrado A, García Blázquez V, Saiz Ruiz J. Comorbilidad y evolución del trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el adulto.** En *trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a lo largo de la vida.* Madrid 2006.
16. **López Villalobos, JA; Serrano, I; Delgado, J. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad.** *Psicothema.*2004; 16: 402-7
17. **Ramtekkar, U.P.; Reisen, A. M.; Todorov, A.A; Todd, R.D. Diferencias en los síntomas y diagnósticos del trastorno por déficit de atención / hiperactividad según el sexo y la edad: consecuencias para el DSM-V y la CIE-11.** *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, edición en español, 2010; vol 4(1): 26-41
18. **National Institute for Health and Clinical Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).** NICE guideline No. CG72. London: NICE, 2008.
19. **Alda, J.A.; Serrano, E.; Ortiz, JJ. Diagnóstico y tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños y adolescentes: algoritmos de decisión y recomendaciones clínicas basadas en la evidencia.** Barcelona, 2011.
20. **Barkley, RA. Against the status quo: revising the diagnostic criteria for AD/HD.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010; 49: 205-207

Comprensión y respuesta educativa al TDAH

Understanding and responding to educational ADHD

Ángel Hidalgo Pérez

Psicólogo.

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de Ponferrada (León).

antonio c antero c aja

Psicólogo.

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de Ponferrada (León).

Francisco Primo r iesco Marcos

Psicólogo.

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de Ponferrada (León).

RESUMEN

Con este artículo pretendemos dar una visión, entre otras posibles, de la comprensión y respuesta educativa a los alumnos que presentan TDAH y de la propuesta para intervenir a través del asesoramiento y colaboración con los padres y profesores. Aunque se sabe lo que hay que hacer con los niños para que mejoren su conducta, este objetivo no se alcanzará sin que los padres y profesores comprendan lo que le ocurre al niño y por qué. Por este motivo y en base a los problemas que usualmente nos solemos encontrar con este alumnado, se han elegido técnicas de reconocido prestigio científico pero adaptadas a nuestro entorno educativo, las cuales se describen de forma resumida a lo largo del proceso de intervención propuesto. Se concluye el artículo con las respuestas educativas básicas, ofreciendo el modelado como método y técnica de trabajo para transmitir lo que han de hacer los padres y profesores.

Palabras Clave: Modelado, interpretación, comprensión, cambio, asesoramiento, TDAH, contextos, autoinstrucciones, autorregulación, función ejecutiva, intervención, análisis, respuesta, metáfora, construcciones socio-verbales, padres, profesores, técnicas de modificación de conducta, reglas verbales.

ABSTRACT:

With this paper we expect to provide a viewpoint, among other possible perspectives, of the educational understanding and response offered by pupils suffering from ADHD, and to make a proposal of intervention by means of counseling and collaborating with their parents and teachers. Even though it is widely known what is necessary for children to improve their behavior, this aim would not be achieved unless parents and teachers realize what happens to their children and why. For this reason, and taking into account the problems that we have usually found with these students, we have chosen renowned scientific techniques, but adapted to our educational environment, that will be briefly summarized throughout the intervening process suggested. As a conclusion, the article ends with the basic educational responses, offering modeling as a working method and technique for conveying what parents and teachers should do.

Key words: Modeling, diagnosis, understanding, change, counseling, ADHD, contexts, self-instructions, self-regulation, executive function, intervention, analysis, response, metaphor, socio-verbal constructions, parents, teachers, behavior modification techniques, verbal rules.

INTRODUCCIÓN

Hay que reconocer que, en el momento actual, se ha avanzado mucho en el diagnóstico e intervención del alumnado con TDAH. La difusión de la investigación a través de los medios de comunicación, en la que internet ha tenido un papel decisivo y la búsqueda incesante de respuestas adecuadas para sus hijos por parte de las familias, organizándose en asociaciones, han contribuido a la sensibilización de la sociedad sobre este problema, que ha calado, hasta en las normativas legales del estado y autonómicas, convirtiéndose ahora en un reconocimiento legal del trastorno con derechos de atención educativa específica. Así pues, nuestro sistema normativo contempla su atención especial en la LOE⁽¹⁾ en su título II, capítulo I, definiendo las necesidades educativas especiales e incluyendo a los alumnos con TDAH (Artículo 73)⁽¹⁾.

Cada comunidad autónoma ha personalizado la forma de categorizarlo, así como de responder educativamente a sus necesidades⁽²⁾. En lo que respecta a la Comunidad de Castilla y León, es de significar la creación de un protocolo⁽³⁾ que está facilitando la coordinación entre los servicios educativos y sanitarios tanto a nivel de diagnóstico como de seguimiento de las intervenciones.

Consideramos que el modelo de actuación del orientador es el comportamental en el contexto educativo. Aunque el origen de este trastorno sea de tipo neurobiológico, no podemos olvidar que las leyes del aprendizaje son la base y el instrumento que disponemos para

afrontar y canalizar el comportamiento sobre-activo, impulsivo y/o deficiente en atención.

La medicación ayuda y mucho, pero no enseña lo que el alumno no ha podido aprender debido a su déficit. Mientras que los tratamientos farmacológicos hacen su trabajo en el propio cerebro (dentro) facilitando la atención y el auto-control, los programas educativos (cognitivo-conductuales-emocionales) lo hacen en los contextos (familiar y escolar), garantizando que el alumno aprenda dichas habilidades, de manera generalizada.

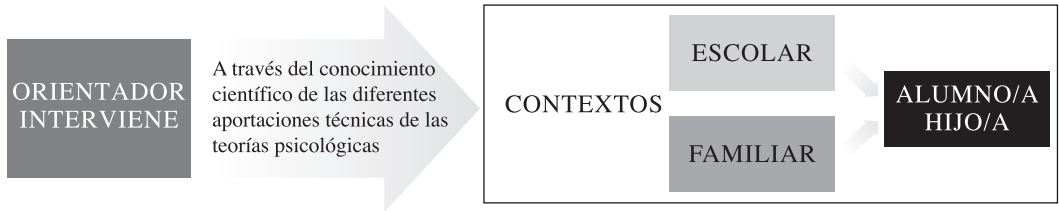
Nuestro objetivo fundamental es hacer comprender a las familias y profesores lo que le pasa al niño y lo que se debe hacer para ayudarlo, teniendo en cuenta, como se muestra en la **Figura 1**, que nuestra intervención es indirecta a través de los contextos, desempeñando un perfil asesor y orientador.

Dentro de los recursos de la psicología científica y a lo largo de nuestra experiencia profesional, hemos elegido los siguientes modelos teóricos que fundamentan la comprensión del trastorno y la respuesta al mismo:

- Las teorías del aprendizaje y el cuerpo de conocimientos de las técnicas de modificación de conducta⁽⁴⁾, que nos sirven como base de toda intervención conductual⁽⁵⁾. Para facilitar la puesta en práctica, usamos el modelado, mostrando vivencialmente lo que se debe hacer y dejando que profesores y padres lo practiquen en nuestra presencia para que puedan recibir la retroalimentación positiva.

¹ «Se entiende por alumnado que presenta necesidades educativas especiales, aquel que requiera, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta.»

FIGURA 1. INTERVENCIÓN DEL ORIENTADOR.



- Los planteamientos de B.F. Skinner en su libro «Conducta verbal»⁽⁶⁾ y teoría de los Marcos Relacionales de Barnes Holmes⁽⁷⁾. El estudio de la conducta verbal a nivel contextual, bajo el paradigma del análisis funcional, nos aporta las bases para intervenir con los padres y profesores intentando modificar reglas verbales que cambien funciones conductuales. Además, nos va a permitir comprender mejor la utilización de algunas de las técnicas que utilizamos en las teorías que vienen a continuación.

- La TREC, (Terapia Racional Emotiva Conductual) de Albert Ellis⁽⁸⁾, nos ha sido muy útil para trabajar los pensamientos irracionales y los sentimientos disfuncionales que en ciertas situaciones surgen en la convivencia con estos niños.

- Más recientemente la ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso) de Carmen Luciano y Wilson⁽⁹⁾, nos ha dado una nueva visión para el trabajo y el abordaje de las dificultades que nos plantean los padres y profesores, utilizando algunas de sus técnicas adaptadas a la educación.

- La Teoría de las Cinco Funciones Ejecutivas basada en las aportaciones de Barkley⁽¹⁰⁾, proporciona una ayuda didáctica que nos sirve como instrumento de información.

Teniendo en cuenta las bases teóricas, anteriormente mencionadas, nuestros objetivos se centrarán en:

1. Interpretación y comprensión del problema.

2. Respuesta educativa:

- Enseñar de forma adecuada a través del modelado y la utilización de las técnicas de modificación de conducta.

- Ajuste y mejora de una respuesta curricular, coordinada con la familia.

INTERPRETACIÓN Y COMPRENSIÓN DEL PROBLEMA

Comenzaremos explicando a los padres y profesores que los alumnos con TDAH presentan tres problemas fundamentales que, a menudo, son interpretados de forma inadecuada.

Veamos cómo se llegan a construir dichas interpretaciones simplemente por el mero hecho de relacionar la observación de ciertas conductas con determinadas características personalológicas, construidas a partir de estereotipos existentes en nuestro medio socio-cultural.

Lo que se expone en la **Tabla 1** nos sirve para que las familias y los profesores tomen conciencia de sus interpretaciones erróneas.

TABLA 1. INTERPRETACIONES ERRÓNEAS DEL TDAH.

Déficit de Atención	
Comportamientos derivados del TDA-H	Interpretación
No consigue acabar las tareas; no se concentra y se distrae con facilidad; no puede trabajar sin que alguien le supervise; evita las tareas que requieren esfuerzo; empiezan tareas o exámenes sin leer las instrucciones cuidadosamente; se salta preguntas aunque sepa la respuesta...	PENSAMOS... ¡ES UN VAGO!
En algunos momentos parece capaz de acabar con facilidad su tarea y sin ayuda; sin embargo otros días hace muy poco trabajo incluso con mucha supervisión.	PENSAMOS... ¡CUANDO QUIERE LO HACE! ¡NO TIENE PROBLEMAS!
Tiene dificultades para organizarse; es muy descuidado en las actividades; pierde el material escolar con frecuencia; tiene el cajón de su mesa desordenado; su cuarto parece una leonera; su cartera nunca tiene los libros que debe tener; sus fichas son un caos; coloca los números desordenados cuando resuelve las cuentas; olvida las normas de escritura.	PENSAMOS... ¡ES UN DESASTRE! ¡DESORDENADO! ¡IRRESPONSABLE!
Hiperactividad	
Comportamientos derivados del TDA-H	Interpretación
Presenta movimientos constantes de manos y pies; se levanta frecuentemente; corretea por todos lados; le cuesta jugar a actividades tranquilas; está activado como si tuviera un motor; habla, corre o trepa en exceso; tararea o hace ruidos extraños.	PENSAMOS... ¡ES INCONTROLADO, RUIDOSO E INMADURO!
Le cuesta aceptar sus errores y culpa con frecuencia a los demás; le cuesta ponerse en el lugar del otro y tener en cuenta sus deseos y sentimientos; se muestra terco y malhumorado con frecuencia; reacciona con descontrol o agresividad ante el fracaso; fanfarronea ante los demás incluso con mentiras.	PENSAMOS.... ¡ES EGOISTA! ¡ES AGRESIVO!
Impulsividad	
Comportamientos derivados del TDA-H	Interpretación
Se precipita en responder antes de que se hayan completado las preguntas; tiene dificultades para guardar turno; suele interrumpir o se inmiscuye en las actividades de otros; responden impulsivamente a lo que los otros le dicen o hacen; habla en exceso y en tono muy alto, a menudo monopolizando las conversaciones; hace comentarios en clase sin levantar la mano.	PENSAMOS... ¡ES UN MALEDUCADO E INSENSIBLE!

A continuación exponemos, a modo de ejemplo, cómo se convierten estas interpretaciones en un círculo vicioso negativo entre los contextos y el niño (**Tabla 2**). Basándonos en la TREC (Terapia Racional Emotiva)⁽⁸⁾, este círculo vicioso se mantendría indefinidamente, explicándolo desde un análisis funcional del comportamiento, en el que los padres/profesores quedarían reforzados negativamente por la ligera y

momentánea mejora en la conducta de sus hijos/alumnos, a su vez, los niños estarían reforzados positivamente y negativamente por sus conductas disruptivas. Todo ello sin que unos y otros se hayan dado cuenta.

Con la presentación del círculo vicioso desde esta perspectiva de los A, B, C, D, E, con numerosos ejemplos extraídos de la experiencia de los padres y profesores,

TABLA 2. EXPLICACIÓN DE LOS CÍRCULOS VICIOSOS NEGATIVOS.

Los acontecimientos explicados en base al punto de vista de los profesores y padres:				
A	B	C	D	E
HECHOS	PENSAMIENTOS	SENTIMIENTOS	LO QUE HACE	CONSECUENCIA
Se mueve, no escucha, no trabaja, habla, molesta, no se organiza, etc..	Es un incontrolado, inatento, despistado, vago, irrespetuoso, No puedo tolerar, es horrible.	Rabia, ansiedad, miedo, Vergüenza, depresión, culpabilidad, etc...	Reprende, castiga, presta atención negativa.	El niño mejora su conducta momentáneamente. El adulto es reforzado negativamente.
Los acontecimientos explicados desde el punto de vista del alumno/a-hijo/a:				
A	B	C	D	E
HECHOS	PENSAMIENTOS	SENTIMIENTOS	LO QUE HACE	CONSECUENCIA
Me reprenden, castigan, prestan atención negativa.	Creo que soy malo, vago, egoísta, que no valgo para estudiar, que soy un desastre, que no me quiere nadie. Me da todo igual. Se van a fastidiar.	Sentimientos de tristeza y baja autoestima, apatía, indiferencia, etc. Venganza, ira y/o agresividad	Me porto bien sólo cuando me reprenden, castigan, pero al rato continúo moviéndome, sin escuchar, ni trabajar, hablo, molesto.	El adulto me presta atención cuando me porto mal. El niño es reforzado positivamente por sus conductas disruptivas.

podemos llegar al momento en el que perciban que sus actuaciones no solamente no son correctas, sino que se perpetúan en el tiempo sin posibilidad de cambio, no enseñan nada nuevo y empeoran la situación. Por eso sería conveniente dejar un tiempo para la reflexión sobre esta forma ineficaz de actuar, volviendo a él las veces que sean necesarias. En este punto, ellos mismos deben descubrir que desistir de lo que están haciendo es la mejor pauta o regla verbal; debe ser una experiencia y no una explicación teórica. Para profundizar, debemos de proponer un ejercicio de cuestionamiento: ¿Qué pasaría si continuáramos así año tras año?, ¿Qué consecuencias podría tener para nuestros hijos/alumnos, ahora y en el futuro, en su personalidad, autoestima, autoconcepto, emociones, sentimientos...? ¿Qué consecuencias podría tener para nosotros...? Es muy importante la reflexión y darles tiempo para pensar, no

queremos instruir, sino que elaboren sus propias reglas verbales que dirijan su comportamiento hacia nuevas formas de actuación.

La siguiente fase sería la búsqueda de los objetivos y valores a conseguir con sus hijos/alumnos (**Tabla 3**). Los ejercicios que se pueden plantear consistirían en ofrecerles una lista de preguntas para que reflexionen sobre cómo les gustaría verse en relación a sus hijos/alumnos en un futuro.

Ahora vendría el momento de avanzar en el conocimiento de los problemas del propio niño, que padres y profesores se pongan en su lugar y lleguen a comprender mejor su trastorno. Para este fin introduciremos el conocimiento de las cinco funciones ejecutivas. Con esta información se pretende lograr la aceptación incondicional del problema e introducir los

TABLA 3. OBJETIVOS Y VALORES A CONSEGUIR A CORTO, MEDIO Y LARGO PLAZO.

Los PADRES podrán proponer objetivos a medio y largo plazo.	Los PROFESORES podrán proponer objetivos a corto y medio plazo.
¿Cómo me gustaría verme en relación a mis hijos en estos aspectos? ¿Cómo me gustaría que fueran las relaciones con mis hijos en el ocio, tiempo libre, estudios, en la vida cotidiana? ¿Qué valores educativos me gustaría proporcionar a mis hijos? ¿Cómo me veo enseñándoles para conseguir lo que he dicho anteriormente? ¿Cómo me gustaría que me recordaran?	¿Qué me gustaría conseguir y cómo me gustaría verme cuando acabe con el alumno a final de curso? ¿Cómo me gustaría que fueran las relaciones con mis alumnos y en concreto con este? ¿Qué valores educativos me gustaría proporcionarles a mis alumnos y en concreto a este? ¿Cómo me veo enseñándoles para conseguir lo que he dicho anteriormente? ¿Cómo me gustaría que me recordaran? ¿Cómo me gustaría relacionarme con sus padres? ¿Qué conocimientos me gustaría que pudieran aprender?

conocimientos básicos de intervención directa con sus hijos/alumnos que habrá que entrenar posteriormente mediante el modelado.

El trastorno de TDAH es definido por Barkley⁽¹⁰⁾ como déficit en la inhibición de respuesta del niño que provoca problemas en el autocontrol y manejo de la memoria de trabajo no verbal y verbal, problemas en la autorregulación del afecto, de la motivación, del inicio de trabajo y del rendimiento, así como problemas en la internalización del lenguaje, que les hace ser poco reflexivos.

Veamos a continuación (Tabla 4) la explicación de las cinco funciones ejecutivas^{(10) (11)}, en las que nos ayudaremos de diferentes ejemplificaciones de situaciones abordadas por niños con y sin TDAH.

Una vez llegados a este punto en el que la aceptación del problema, como parte más importante de toda nuestra intervención, va estando más cerca, podemos volver a pedirles que se compro-

metan con el cambio para conseguir sus objetivos. Es entonces el momento de utilizar, siguiendo las técnicas de la ACT⁽⁹⁾, las metáforas, analogías y reglas como recursos verbales para cambiar funciones conductuales que vayan en las direcciones de valor y que resuman de forma adecuada y eficaz las técnicas de conducta sin ser necesaria una larga formación específica en ellas.

Las metáforas y analogías no tienen que ser siempre las mismas, sino que utilizaremos las que nos sirvan o sean útiles para conseguir los propósitos del cambio. Por ejemplo, la metáfora de cuidar las plantas buenas del jardín (comportamientos adecuados), proporciona una buena información sobre las conductas que debemos reforzar y hacia donde debemos dirigir nuestro esfuerzo para alcanzar los objetivos propuestos sin continuar malgastando el tiempo atendiendo las malas hierbas (conductas negativas). Aquí se podrían sugerir preguntas como estas: «¿Qué harías cuando vieras una hierba mala en el

TABLA 4. FUNCIONES EJECUTIVAS.

1. INHIBICIÓN DE LA RESPUESTA: la inhibición de la respuesta permite establecer un tiempo entre el Estímulo y la Respuesta, interrumpir la conducta cuando se comete un error y controlar los distractores o interferencias.		
	Sin TDAH	Con TDAH
Habilidad que permite establecer un tiempo entre el estímulo y la respuesta.	En cualquier situación de la vida cotidiana el niño sabe esperar a hablar cuando le toca, no responde hasta que hayas completado la pregunta. El niño puede entrar en una tienda de juguetes y aunque los vea, respeta la norma de no cogerlos hasta que su madre no se los da en casa.	No es capaz de esperar y contesta antes de que se haya completado la pregunta. Toca y coge los juguetes. Le cuesta esperar su turno, se cuela o empuja cuando está en la fila.
Capacidad para interrumpir la conducta cuando se comete un error (autoevaluación).	Cuando está realizando una actividad escolar, se da cuenta de que se ha equivocado y corrige el error. Al cruzar en un semáforo se da cuenta de que está en rojo y se para.	Realiza la actividad escolar rápidamente y se la enseña al profesor sin autoevaluarla. Al cruzar un semáforo, no se da cuenta de que está en rojo y aunque los coches le piten, continúa pasando; no rectifica el error.
Control de interferencias.	En clase, el niño puede resolver sus tareas aunque haya muchos estímulos irrelevantes.	Emite respuestas ante cualquier estímulo (relevante o irrelevante), interfiriendo en su rendimiento.
2. MEMORIA DE TRABAJO NO VERBAL (IMÁGENES): capacidad de seleccionar y combinar imágenes para ejecutar tareas. Estas imágenes proceden de nuestros cinco sentidos (memorias sensoriales). La más utilizada es la visual.		
Niños sin TDAH		Niños con TDAH
Si nos preguntan por una actividad que hemos realizado, tenemos que visualizarla antes para poder explicarla. Por ejemplo si nos preguntan qué hemos comido ayer tendríamos antes que visualizar la comida. Cuando está realizando un examen, puede traer a la memoria de trabajo visual las imágenes adecuadas, inhibiendo las interferencias de otras imágenes que no guardan relación con el tema de la pregunta.		El niño tiene dificultades para seleccionar las imágenes anteriores y traerlas a la memoria de trabajo no verbal. Por eso, algunos niños dan la sensación de que no tienen recuerdos del pasado y otros lo recuerdan con imágenes pero de forma muy desorganizada. El niño haciendo el examen, puede traer imágenes a la memoria de trabajo no verbal, que pueden ser adecuadas o no adecuadas y no sabe seleccionarlas porque no es capaz de interrumpir la conducta para autoevaluar donde está el error y buscar estrategias para solucionarlo.
3. MEMORIA DE TRABAJO VERBAL: es la capacidad de internalizar el habla como forma de auto-control y consiste en darse a uno mismo auto-instrucciones para regular la conducta motora, verbal, cognitiva y afectiva.		

Niños con TDAH	Niños con TDAH
El niño coge un jarrón con intención de dejarlo caer. En ese momento, selecciona la imagen de una ocasión en la que iba a tirar un vaso y su padre le interrumpió diciéndole: “¡No! ¡No lo tires que se rompe!” Además recuerda otra imagen en su memoria visual en la que recibió un castigo físico por arrojar y romper un objeto. Entonces lleva estas imágenes a la memoria de trabajo y en este lapso de tiempo se dice a sí mismo en voz alta: “¡No tirar, se rompe!” (Memoria de trabajo verbal). También recuerda los gestos de amenaza de su padre. Esto ocasiona que el niño interrumpa su conducta de tirar el jarrón.	El niño coge el jarrón y lo tira comprobando que se rompe sin recordar las imágenes anteriores y los efectos producidos (riñas y castigos por hacer cosas similares). Tampoco se da auto-instrucciones para controlar su conducta.
4. AUTO-CONTROL EMOCIONAL Y AUTO-MOTIVACIÓN. Combina la memoria de trabajo verbal y no verbal. ¿Qué es el auto-control emocional? Es la capacidad de inhibir la respuesta y modular las emociones a través de imágenes alternativas y de la utilización de auto-verbalizaciones.	
Niños sin TDAH	Niños con TDAH
El niño, enfadado porque le han insultado, puede inhibir la respuesta de agresión a otro utilizando una selección de imágenes adecuadas (recuerda la imagen de una vez que se defendió pegando a un compañero y el profesor le castigó y la imagen de una dramatización en la clase de tutoría aprendiendo a responder de forma adecuada ante insultos) y haciendo un análisis de la mismas a través del lenguaje interno diciéndose: “¡Tranquilo! Voy a esperar, yo no soy esto que me dicen; lo hacen para que me enfade”. También busca imágenes relajantes para ir calmándose mientras se va diciendo a sí mismo: “¡Vete de aquí, no hagas caso!”	Le insultaría y le pegaría y probablemente sería visto por los profesores. No ha sido capaz de inhibir la respuesta agresiva, porque no ha utilizado las imágenes de otras situaciones anteriores y no ha utilizado la auto-verbalización. Al no utilizar estas funciones no se ha producido un tiempo para pensar entre el Estímulo y la Respuesta (inhibición).
¿Qué es la auto-motivación? Es la capacidad de demorar el refuerzo inmediato por un refuerzo a largo plazo seleccionando, analizando y organizando las imágenes adecuadas a través del lenguaje para hacer lo que debemos hacer en cada momento.	
Niños sin TDAH	Niños con TDAH
Cuando el alumno está estudiando, cansado y fatigado, puede inhibir la respuesta de abandonar el estudio y ser capaz de imaginarse a sí mismo aprobando el examen, pasando de curso, trabajando en la profesión que le gustaría ejercer (refuerzo positivo intrínseco), diciéndose “¡Aunque no me gusta, yo lo tengo que hacer, porque es necesario para conseguir lo que quiero!”. También puede decirse: “Voy a seguir estudiando porque si no apruebo, mis padres me echan la bronca” (refuerzo negativo intrínseco).	Cuando está estudiando, deja de hacerlo y se pone a jugar o a hacer otra cosa. No puede inhibir esas respuestas porque no es capaz de usar imágenes viéndose a sí mismo aprobando el examen, pasando de curso, teniendo éxito y trabajando profesionalmente en lo que le gusta. Tampoco utiliza las auto-instrucciones verbales. Al hacer otra cosa que le apetece más, le produce un refuerzo positivo inmediato.
5. PLANIFICACIÓN Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: Los niños pequeños tienen que manipular los objetos y progresivamente van prescindiendo de ello porque pueden representarlos como imágenes mentales. Mientras esto sucede, paralelamente el niño va desarrollando la capacidad de auto-verbalizar lo que está haciendo. Esto es lo que le va a permitir buscar las imágenes adecuadas, secuenciarlas en el tiempo, combinarlas de maneras diferentes para llegar a distintas soluciones del problema; además podrá elegir la más convenientes y ejecutarlas. ¿Qué es planificación? Es la capacidad de utilizar el lenguaje para ordenar una secuencia de imágenes en el tiempo futuro que respondería a la pregunta: ¿qué es lo que voy a hacer hoy, mañana, etc.?	

Niños sin TDAH	Niños con TDAH
El niño después de comer le dice a su madre lo que va a hacer por la tarde (planifica): “Voy a hacer los deberes de Lengua”. Luego hace un cálculo aproximado del tiempo que puede tardar en realizarlos y le pide que le ayude a hacer el esquema de Conocimiento del medio cuando termine los ejercicios de Lengua.	El niño no planifica y es la madre la que después de comer tiene que organizar con su hijo lo que tiene que hacer por la tarde, escribiéndole en un papel el plan de trabajo, con las tareas secuenciadas y los tiempos estimados para ejecutarlas.
¿Qué es la resolución de problemas? Es la capacidad de utilizar el lenguaje para combinar las imágenes de diferentes formas y crear posibles alternativas que solucionen los problemas para poder elegir las que se crean más adecuadas:	
Niños sin TDAH	Niños con TDAH
El niño se queja de que los compañeros no le dejan jugar al fútbol en el recreo porque no juega bien y últimamente han perdido tres partidos seguidos por su culpa. El niño se siente muy triste porque ya han pasado cuatro recreos sin poder jugar, se sienta en un rincón del patio y empieza a utilizar el lenguaje para buscar imágenes y las combina para encontrar posibles soluciones. Se le ocurren ideas como estas: 1. Pegarles, insultarles, desearles que pierdan todos los partidos, que se partan una pierna, etc. 2. Interrumpirles constantemente en el juego, quitándoles la pelota y tirándosela. 3. Quejarse y decírselo a la profesora para que medie con sus compañeros. 4. Pedirles perdón y sugerirles que pude jugar de defensa en lugar de portero, ya que esto es mejor. 5. Pedirles perdón, y hacer valer su derecho de jugar de manera asertiva, diciéndoles que son sus amigos y que quiere seguir jugando con ellos porque se lo pasa bien. 6. Hablar con uno de sus amigos para que medie con el líder del grupo. 7. Alabar las buenas jugadas de los compañeros. Después de analizar las alternativas utilizando el lenguaje para crear cada una de las imágenes y recrear las posibles consecuencias, concluye que, aunque le gustaría utilizar las dos primeras, considera que los resultados no serían muy eficaces porque sus amigos seguirían sin aceptarlo. Finalmente decide utilizar una mezcla de las alternativas 3, 4, 5, 6 y 7.	NIÑOS CON TDAH El niño se queja de que los compañeros no le dejan jugar al fútbol en el recreo porque no juega bien y últimamente han perdido tres partidos seguidos y le echan la culpa a él porque: 1. A veces le pasa el balón a un jugador del equipo contrario. 2. No cumple la tarea de cubrir al jugador contrario designado; va a su aire. 3. Cuando empuja, insulta y comete faltas, le pitan penaltis en contra del equipo. Como no le dejan jugar, se dedica a interrumpir constantemente en el juego, quitándoles el balón y tirándoselo fuera del patio, les insulta e incluso ha llegado a pegarles. La profesora los ha visto y le ha castigado porque él es el que ha iniciado la pelea. Se siente muy enfadado porque han sido injustos. Este problema no tendrá solución si no es con la intervención del adulto que le sugerirá las posibles soluciones y le ayudará a seleccionar las más útiles y llevarlas a cabo.

jardín, es decir, cuando el niño se levanta de su mesa y se pone terco?» o «¿Qué harías para que las buenas plantas crecieran y se fortalecieran?» En la respuesta a estas preguntas estaría implicado

todo el aprendizaje de las técnicas de refuerzo positivo. Las variantes de esta metáfora, serían muchas dependiendo de las experiencias concretas de las familias y los profesores.

Hay que tener en cuenta que las metáforas que se propongan han de estar relacionada con sus experiencias personales.

Consideramos que con el trabajo realizado hasta este punto, los padres y profesores podrían llegar a soluciones similares a las que planteamos en la **Tabla 5**.

RESPUESTAS EDUCATIVAS

Ahora, vamos a exponer el entrenamiento que habría que realizar con los profesores y familias para que lleguen a adquirir las habilidades y realicen las modificaciones ambientales que permitan dar una respuesta educativa lo más ajustada a las características individuales de los niños con los que han de tratar. La metodología de trabajo, en esta fase, requiere que se utilice el modelado como técnica principal de enseñanza-aprendizaje. Dependiendo de las propias habilidades y de la experiencia previa, se diseñarán los objetivos concretos a conseguir.

ADAPTACIONES EN EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO, BASADAS EN LAS TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Técnicas de antecedentes

Consisten en modificar el ambiente y contexto para evitar que se produzca la conducta problema:

Colaboración e intercambio de información con la familia:

- El profesorado negociará con la familia el uso de una agenda que, además de ayudar al niño a organizarse, será el medio de intercambio diario de información entre ambos.

- La familia con la ayuda del horario de clase, que estará siempre en un lugar visible de la habitación, y de la agenda,

supervisará con su hijo todo el material necesario para llevar a clase.

- La familia deberá establecer una rutina diaria de estudio y deberes y enseñará a su hijo a planificar y organizarse en la realización de las tareas escolares.

Planificación previa y estructuración de las actividades a realizar durante la clase:

- al comienzo de la clase, expondrá de forma resumida las actividades a llevar a cabo a lo largo de la misma. En algunos casos sería conveniente incluso ponerlas por escrito en una hoja pegada encima de la mesa del alumno o en una esquina de la pizarra.

- Habrá que marcarle al alumno un tiempo para la realización de cada actividad.

- Al comienzo se pondrán pocas actividades, dividiéndolas en partes más pequeñas, para que pueda realizarlas fácilmente y terminarlas a su tiempo.

- El profesor, estará muy pendiente de observar al alumno en los momentos en los que esté realizándolas para reforzarle positivamente.

- Si el alumno no realiza las tareas de la clase, aplicaremos alguna de estas opciones:

- Quedarse con el alumno un tiempo extra en el recreo y al finalizar las clases para que termine las actividades (entre 3 y 5 días).

- Reducir el número de tareas y/o la dificultad de las mismas, a la vez que se le refuerza positivamente cuando

TABLA 5. EJEMPLO DE LA RESOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS.

Profesores y padres				
A	B	C	D	E
HECHOS	PENSAMIENTOS	SENTIMIENTOS	LO QUE HACE	CONSECUENCIA
Son los mismos que antes; sólo que al cambiar la forma de interpretarlos, cambian las acciones.	Comprendo lo que le pasa al niño y por qué le pasa. Aunque no atiende, se despiste, no trabaje bien, interrumpa y moleste, lo acepto y puedo tolerarlo. Me acuerdo de la metáfora de las plantas del jardín. Confío en las orientaciones de los profesionales.	Preocupación, tristeza, decepción, desagrado, contrariedad. Esperanza, optimismo, ilusión.	Valora en público sus progresos. Presta más atención positiva a las conductas adecuadas e ignora las inadecuadas. Adapta las tareas a las posibilidades del alumno, etc.	El niño se porta mejor cada vez en más ocasiones. La mejora del comportamiento del niño refuerza positivamente el nuevo modo de actuar de padres y profesores.
Alumno/a-hijo/a:				
A	B	C	D	E
HECHOS	PENSAMIENTOS	SENTIMIENTOS	LO QUE HACE	CONSECUENCIA
El profesor me valora, se fija en mí cuando me porto bien, no me riñe. Los compañeros juegan conmigo. Obtengo mejores notas. Llamen a mis padres para decirles que estoy mejorando.	Me siento bien. Valgo, me aprecian y me ayudan. Comienzo a utilizar las auto-instrucciones como reglas verbales que me permitirán el auto-control.	Alegría, ilusión, esperanza, optimismo.	Trabaja, intenta estar más atento y se mueve menos y/o lo hace de manera que no molesta. Pide perdón cuando se comporta mal.	Recibe reforzamiento positivo por parte del profesorado. Aumentan y se mantienen las conductas positivas y adecuadas.

trabaja. El refuerzo se hará muy frecuente los primeros días, para ir desvaneciéndolo lentamente, pasando a ser intermitente.

Establecimiento de las normas de clase:

- El profesor tutor elaborará en colaboración y debate con los alumnos las normas del grupo y sus consecuencias. Los alumnos realizarán uno o varios carteles para que queden expuestas en un lugar visible del aula.

- Las normas deben ser pocas, cortas,

claras y formuladas en sentido positivo. Deben establecerse consecuencias para su incumplimiento. Ejemplos de normas:

- Llegar puntualmente a las clases.
- Llevar a clase todos los materiales que se hayan pedido.
- Escuchar y seguir las instrucciones del profesor.
- Permanecer sentados si no se indica lo contrario.

TABLA 12. EJEMPLO DE TÉCNICAS DE CONSECUENCIAS.

C. ADECUADAS	CONSECUENCIAS	C. INADECUADAS	CONSECUENCIAS
Trabajar en clase	Refuerzo positivo. Poner una nota positiva en la agenda. Reforzar según su sistema de puntos.	No trabajar en clase.	Ver técnicas anteriores respecto al manejo de los antecedentes. Poner una nota en su agenda para informar a los padres.
Hablar e intervenir cuando procede y de forma correcta.	Refuerzo positivo. Poner una nota positiva en la agenda. Reforzar según su sistema de puntos.	Hablar de forma inapropiada e inadecuada.	Control de antecedentes. Extinción (ignorarle). Tiempo fuera. Anotar en su agenda. Sobre-corrección.
Colaborar en la clase.	Refuerzo positivo. Poner una nota positiva en la agenda. Reforzar según su sistema de puntos.	Negarse a realizar órdenes del profesor.	Control de antecedentes. Tiempo fuera. Anotar en su agenda. Sobre-corrección.
Respeto y/o relación correcta.	Refuerzo positivo. Poner una nota positiva en la agenda. Reforzar según su sistema de puntos.	Molestar o provocar a profesores o compañeros (insultos, palabrotas, burlas, agresiones, gestos inapropiados, etc.).	Control de antecedentes. Ignorarle (extinción). Anotar en su agenda. Pide perdón públicamente al que insulte o pegue. Costo de respuesta: le presta durante tres días el juego o juguete que más le guste.

- Levantar la mano y esperar el permiso para hablar.

- Tratar a los profesores, a los compañeros y los objetos del colegio con respeto.

Preparación de los compañeros de la clase:

- Hay que preparar con discreción al grupo clase para que aprenda a no reforzar las conductas inadecuadas/disruptivas que presente el alumno con TDAH y a la vez a reforzar positivamente las conductas adecuadas.

- También es importante fomentar conductas prosociales que favorezcan la

integración del niño en los grupos de juego y trabajo, en el caso que esté aislado o sea rechazado por el grupo.

Técnicas de consecuencias

Elaboramos con el alumno y los textos un plan para que pueda tomar decisiones y elegir las consecuencias (**Tabla 6**). Con ello conseguiremos que el niño sea consciente de su problema y pueda ayudarle a auto-regularse.

En resumen, la estrategia fundamental consistiría en intentar prestarle atención positiva cuando su conducta sea adecuada, y tratar de ignorarle ante conductas disruptivas, siempre que esto sea posible. Cuando no sea factible

ignorar las conductas de llamada de atención, se podrían utilizar otras técnicas como: el principio de autoridad, la sobrecorrección, el tiempo fuera, la aplicación de consecuencias lógicas y naturales, el costo de respuesta, la asignación de responsabilidades, etc. En función de cada caso se elegiría la técnica más apropiada.

ADAPTACIONES EN EL CURRÍCULO

Generalmente no es necesario para este tipo de alumnos alterar o prescindir de los contenidos y objetivos del curso o etapa, es decir, las adaptaciones curriculares no tienen por qué ser significativas, pero sí es conveniente hacer adaptaciones en la temporalización de los objetivos/contenidos, en los materiales, en la metodología y en el sistema de evaluación.

Adaptaciones en la temporalización de objetivos y contenidos

Con este tipo de alumnos, al ser más lentos en la ejecución de las tareas debido a sus dificultades de atención sostenida y en la planificación/organización de las actividades, puede resultar necesario priorizar los objetivos y contenidos más importantes para puedan conseguir los objetivos mínimos del ciclo. Especialmente tomaremos en consideración los contenidos relacionados con las técnicas instrumentales, las operaciones aritméticas y la resolución de problemas. Estos aspectos tienen que ir retomándose (temporalización de objetivos y contenidos) en cada nivel, ciclo y/o etapa, teniendo en cuenta no sólo los aspectos mecánicos y memorísticos, sino también los conceptuales y procesuales.

Adaptaciones en la metodología

1. Organización de la clase:

- Colóquelo cerca de la mesa del profesor de tal manera que pueda supervisarle con mayor facilidad y junto a compañeros tranquilos y sociables que le sirvan de modelo positivo.

- Asigne responsabilidades dentro de la clase (borrar pizarra, regar plantas, repartir exámenes, etc.).

- Facilite un ambiente estructurado y predecible. No improvise.

- En la clase siempre tienen que estar explícitas las normas a seguir y los horarios.

- Cuando la actividad requiera el trabajo en grupo, tenga en cuenta que es mejor la distribución en pequeños grupos, ya que estos niños se pueden beneficiar del control que ejerzan los otros compañeros. Supervise en todo momento que el grupo y el alumno TDAH funcionen correctamente y asegúrese de la obtención del éxito.

2. Explicaciones e instrucciones del profesor:

- Las explicaciones dirigidas de manera individual al alumno con TDAH deben ser breves, utilizando un lenguaje simple y concreto.

- No deben incluir más de dos instrucciones a la vez.

- Hay que cerciorarse de que ha entendido la explicación, pidiéndole que la repita en voz alta y haciendo que le mire a los ojos.

- Acompañar las explicaciones verbales con representaciones visuales.

- En la explicación al grupo hay que tener en cuenta en el caso de un alumno con TDAH:

- Se le debe avisar que se le va a ir preguntado sobre lo que está explicando.
- Pedirle que le mire a los ojos mientras explica, utilizando para ello estrategias de llamadas de atención concertadas previamente con el alumno, de tal manera que pase desapercibido para el resto de compañeros.

3. Tareas en clase:

- Deben ser cortas, variadas y estructuradas, organizando su ejecución por etapas y partes.

- Puede darle tiempo para que escriba despacio y bien.

- Puede ayudarle individualmente o que le ayude un compañero que haya terminado para que no se quede atascado en una actividad.

- Presentarle por escrito las tareas a realizar indicándole marcadores temporales («empezamos por..., luego pasamos a... y por último...») y establecer un tiempo para su ejecución. Se le puede facilitar el uso de un cronómetro o reloj temporizador para su control. Reforzar positivamente si se realizan correctamente en el tiempo acordado.

- Establezca rutinas para colocar y ubicar fácilmente aquellos objetos que necesita para ejecutar la tarea (libros, cuadernos, lápiz).

- Decirle que se haga preguntas a sí mismo utilizando las estrategias de auto-instrucciones entrenadas individualmente con anterioridad.

4. Tareas para casa:

-Intente ajustar el volumen de deberes a sus posibilidades. Si no le exigiría a un alumno con una dificultad motora que salte y corra lo mismo que el resto de compañeros, tampoco se le puede exigir al niño con TDAH la misma cantidad de tareas, sino que éstas deben ajustarse a sus posibilidades con la finalidad de que pueda alcanzar éxito en ellas.

-Explique a la familia cómo se van a implicar y que grado de control van a tener sobre los deberes, utilizando para ello la agenda.

Introducción de materiales con soporte informático:

1. Los videojuegos se podrán utilizar como reforzadores de comportamientos positivos o según se disponga en los contratos conductuales establecidos. Siempre deberán ser supervisados por el adulto y de forma limitada en el tiempo.

2. Cada vez más se utilizan los ordenadores en las aulas, como el programa RED XXI en Castilla y León. Este tipo de tecnologías captan la atención del alumno de manera más fácil y mejoran su comportamiento general.

3. El uso de las agendas y listas de tareas digitales, va a facilitar que los niños aprendan a planificar y a organizarse. La sincronización de las mismas con móviles o smartphones posibilitarán que se programen anuncios silenciosos, por vibración, de las mismas, ayudándoles a recordar actividades importantes. Así por ejemplo, se podría programar una pequeña vibración del teléfono antes de que finalice la clase, para que el alumno recuerde anotar en su agenda todos los deberes y fechas de exámenes propuestos por el profesor.

Adaptaciones en la evaluación:

1. Adaptaciones en las actividades y tareas:

- Evaluar la adecuación de las tareas, relativizando los fallos/errores.
- Valorar el esfuerzo, la atención y la concentración aunque haya sido mucho menor que la del resto de compañeros.

2. Adaptaciones en los exámenes:

- Ya que estos niños tienen dificultades con la lectoescritura, son distraídos y desorganizados, sería conveniente que parte del examen se haga por escrito, a ser posible con preguntas que exijan respuestas cortas, y otra parte de forma oral, para comprobar lo que realmente sabe.

- En los exámenes de matemáticas valorar más el proceso que el resultado final, ya que, estos niños son muy propensos a cometer errores en las operaciones.

- En el caso de tener dificultades con las tablas o las operaciones, se le podría permitir el uso de la calculadora o que tengan las tablas a la vista para consultarlas.

- No ser tan estrictos con la ortografía ni la expresión escrita, y valorar más el contenido que la forma, aunque se debe seguir exigiendo una calidad aceptable.

3. Adaptaciones en los criterios a tener en cuenta en la evaluación final:

- Valorar si el alumno posee los conocimientos mínimos para poder afrontar las exigencias del ciclo siguiente teniendo en cuenta la adquisición de capacidades de razonamiento más que la mecánica y la memorización de conceptos. Por ejemplo,

se equivoca en las multiplicaciones, divisiones y no sabe bien la tabla, pero entiende y sabe qué tipo de operaciones debe realizar ante los problemas aritméticos.

- Tener en cuenta en la promoción, la relación con sus compañeros, la aceptación de estos y la integración en grupo, así como su comportamiento.

INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA CON EL ALUMNO/HIJO

Dependiendo del perfil de dificultades encontrados, se diseñarán programas educativos específicos para trabajar individualmente o en pequeño grupo, tanto por parte del profesorado de Pedagogía Terapéutica de los centros educativos como por parte de la propia familia del alumno. El orientador en esta etapa, propondrá los materiales más adecuados para desarrollar las habilidades de los niños más deficitarias según las funciones ejecutivas descritas anteriormente. También se utilizará, tanto con el profesorado como con la familia, el modelado como técnica básica de enseñanza. El seguimiento del trabajo que realizan los adultos con los niños es fundamental para garantizar el progreso de los niños en sus respectivos contextos.

Algunas de las actividades de entrenamiento que se pueden proponer serían las siguientes y están ampliamente relatadas en la bibliografía ⁽¹²⁻¹⁶⁾.

- Parar cualquier conducta. Ante el «NO» imperativo de los padres o profesores, el niño detendrá su comportamiento. Inicio de la función ejecutiva de inhibición.

- Entrenamiento en contacto ocular mantenido ante mensajes orales.

- Entrenamiento en atención sostenida ante varios tipos de tareas con incremento gradual de dedicación a las mismas.

- Entrenamiento en atención sostenida ante varios tipos de tareas, reforzada solamente si no presta atención a diferentes estímulos distractores introducidos por el adulto. Inicio al control de los distractores (inhibición).

- Seguimiento de instrucciones de complejidad creciente.

- Imitación verbal. Repite la instrucción o la orden verbal, en voz alta antes de ejecutarla, imitando al adulto.

- Hacer-decir. Describe la conducta que está haciendo y lo que ha hecho. Iniciación en el uso de lo que se ha venido llamando memoria de trabajo.

- Decir-hacer. Dice lo que va a hacer y lo hace seguidamente en el mismo orden. Inicio en lo que se viene llamando planificación.

- Demora del refuerzo (saber esperar a recibir las recompensas) a través de llevar a cabo decir-hacer y/o conductas alternativas. Inicio del auto-control.

- Recordar secuencialmente hechos o actividades pasadas. Ordenar viñetas temporalmente.

- Entrenamiento en auto-instrucciones:

- Entrenamiento en llevar a cabo diferentes estrategias de trabajo dependiendo de las diferentes actividades académicas.

- Técnicas de estudio trabajadas de manera auto-instruccional.

- Utilización de las auto-instrucciones para desarrollar el auto-control.

- Entrenamiento en resolución de conflictos.

- Entrenamiento en auto-motivación.

CONCLUSIONES

Aunque los avances han sido enormes y la atención de estos niños ha mejorado sustancialmente, queda mucho camino por recorrer todavía, tanto en investigación como en la mejora de la respuesta educativa. Debemos investigar la utilidad de las técnicas en el campo educativo, seleccionando aquellas que sean más útiles, mejorándolas para llegar a protocolizarlas, de tal manera que se puedan poner en marcha de forma más rápida y eficaz. Se hace imprescindible contar con recursos humanos suficientes para que nuestra propuesta se pueda realizar en el marco contextual de la escuela, sin olvidar las herramientas que nos proporcionan las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

Hemos intentado dar información y conocimientos, adaptando a nivel educativo los aspectos de mayor utilidad de las terapias (TREC, ACT, Teoría de los Marcos Relacionales), con el fin de facilitar una correcta interpretación y comprensión del problema por parte de los contextos familiar y escolar, a la vez que pretendemos aportar posibles respuestas educativas a nivel conductual y curricular.

Creemos desde nuestra experiencia que esta línea de actuación, es la dirección de valor en la que debemos canalizar el esfuerzo de nuestras intervenciones como adultos, para conseguir con nuestros cambios mejorar la vida de estos niños y la

nuestra. Cuando esto se consigue, sus dificultades se convierten en dones y posibili-

dades, que ayudan a desarrollarse y evolucionar en el mundo en que viven.

REFERENCIAS

1. **LEY ORGÁNICA 2/2006**, de 3 de mayo, de Educación.; 2006.
2. **INSTRUCCIÓN CONJUNTA**, de 7 de enero de 2009, por la que se establece el procedimiento de recogida y tratamiento de los datos relativos al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en centros docentes de Castilla y León.; 2009.
3. **LÁEZ ÁLVAREZ, M.C., REQUEJO GUTIÉRREZ, M., SILVANO TOQUERO J.J. y VELASCO VELADO M.C.** Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.; 2011.
4. **FONTANA, D.** El control del comportamiento en el aula. Barcelona: Paidós; 2000.
5. **LUCIANO SORIANO, M.C.** Manual de Psicología Clínica. Infancia y adolescencia. Valencia: Promolibro; 1997.
6. **SKINNER, B.F.** Conducta Verbal. México: Trillas; 1981.
7. **HAYES, S.C., BARNES-HOLMES, D. y ROCHE, B.** Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.; 2001.
8. **ELLIS, A., GRIEGER, R.** Manual de terapia racional emotiva. Bilbao: DDB; 1981, 6ª edición.
9. **LUCIANO, M.C. y WILSON, K.G.** Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a valores. Madrid: Pirámide; 2002.
10. **BARKLEY, R.A.** Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Barcelona: Paidós; 2002.
11. **MARINA, J.A.** Inteligencia ejecutiva (3ª ed.). Ariel; 2012.
12. **ORJALES VILLAR, I.** Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. Madrid: CEPE; 2006.
13. **ORJALES VILLAR, I.** Programa de entrenamiento para descifrar instrucciones escritas. Madrid: CEPE; 2005.
14. **ORJALES VILLAR, I. y POLAINO LORENTE, A.** Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad. Madrid.: CEPE.; 2000.
15. **GOMEZ BECERRA, I. y LUCIANO SORIANO, M.C.** Autocontrol en niños: un estudio experimental sobre dos procedimientos en la adquisición de conductas de espera. Psicothema. 1991; 3(1).
16. **GÓMEZ BECERRA, I y LUCIANO SORIANO, M.C.** Autocontrol a través de reglas que alteran la función. Psicothema: 2000; 12(3).

Direcciones para correspondencia

Ángel Hidalgo Pérez
anhipe@gmail.com

Intervención social en los trastornos de conducta perturbadora (incluidos TDAH)

Social interventions in the disruptive behaviour disorders (including ADHD).

ester g onzález c amino

Trabajadora Social. Servicio de Psiquiatría del Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

RESUMEN

Teniendo en cuenta la situación de vulnerabilidad evidente de los menores con trastornos de la conducta perturbadora, y la influencia en su familia y entorno, se establece un programa de riesgo socio-sanitario desde el equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil en el Área del Bierzo. Este programa pretende realizar una detección precoz tanto del problema sanitario como de la problemática social añadida. Está basado en una metodología de trabajo en red con diferentes dispositivos intervinientes (salud, educación y servicios sociales) y establece un plan individualizado de intervención con objetivos conjuntos y responsabilidades diferenciadas. A su vez se crean alianzas de coordinación y derivación.

El objetivo último de la intervención es garantizar el bienestar físico, psíquico y social del menor y su familia.

Palabras clave: *trastorno de la conducta perturbadora, familia desestructurada, problemática social añadida, detección precoz, intervención conjunta, seguimiento, derivación.*

INTRODUCCION

La intervención del Trabajador Social parte de una concepción de atención integral en el proceso biopsicosocial, que define el estado de salud, y además, del derecho del menor a ser protegido de

ABSTRACT

Given the vulnerability of children with disruptive behavior disorders, and its influence on his family and environment a program of social and health risk has been designed in the Child and Adolescent Mental Health Unit of El Bierzo area. The aim of the program is to achieve an early detection of both the health problem and the added social difficulties. It is based on a networking methodology with several devices involved (health, education and social services). The program establishes an individualized intervention plan with joint goals and differential responsibilities within coordination and derivation strategies. The ultimate goal of the intervention is to ensure the physical, mental and social welfare of the child and the family.

Key words: *disruptive behavior disorder, dysfunctional family, social problems, early detection, joint intervention, referral tracking.*

cualquier situación social de riesgo/vulnerabilidad y/o desprotección.

En la sociedad podemos constatar que los trastornos de salud mental en niños están íntimamente ligados al sistema

familiar, educativo, judicial y social, teniendo un impacto importante en todos los ámbitos pero sobre todo en el de la FAMILIA. Todos los investigadores coinciden en la importancia de la influencia de los factores familiares en el desarrollo o mantenimiento de los trastornos del comportamiento perturbador. La familia es, además, el grupo de referencia por excelencia para el niño y donde se transmiten las normas, valores, actitudes y conductas⁽¹⁾.

El trastorno de comportamiento perturbador en el menor viene caracterizado por conductas antisociales, conductas indiferentes frente a figuras de autoridad y alteraciones en la convivencia (agresividad, amenazas, pataletas...). Se producen de manera repetitiva y son inadecuadas para la edad del menor. La familia es el instrumento para el control y la supervisión de estas conductas, siendo en múltiples ocasiones, una tarea muy complicada. Por ello es necesario la colaboración con los profesionales «de ayuda», que proporcione un conocimiento clínico del trastorno, una dinámica familiar adecuada, unas pautas educativas que favorezcan el aprendizaje y un entorno positivo que garantice el bienestar del menor⁽²⁾.

El problema aparece cuando la familia es un «instrumento roto», es decir, lleva añadido una problemática social que hace que los propios vínculos estén viciados. Hablamos de familias disfuncionales, desestructuradas, con problemas de toxicomanías, de salud mental, violencia familiar, precariedad económica, ausencia de vivienda...

En esta situación el menor con trastorno del comportamiento perturbador, se encuentra en un núcleo familiar que pre-

senta limitaciones importantes en la capacidad de cuidado, constituyendo un factor de riesgo para el menor, y por lo tanto subsidiaria de intervención social.

Desde un enfoque positivista, la conducta se modifica por motivaciones e intereses de las propias personas, y en muchos casos, la motivación de los padres; es el bienestar de su hijo lo que conlleva intentar solucionar sus problemas sociales y personales con apoyos profesionales⁽²⁾.

El trabajador social debe detectar estas situaciones de una manera precoz, pudiendo intervenir cuando los problemas son incipientes y no están cronificados. Intentando ofrecer alternativas a la familia y al menor, evitando que una problemática desencadene otra.

Los profesionales de atención directa de los servicios públicos (sanitarios, educativos y sociales) deben detectar, investigar, valorar, intervenir cuando se den situaciones que vulneren los derechos de un menor⁽³⁾.

INTERVENCIÓN SOCIAL EL EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL EN EL ÁREA DEL BIERZO

En el Área de salud de El Bierzo, el Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil (ESMI-J) cuenta con Trabajador social dedicado a la misma un día a la semana.

Los profesionales del equipo (Psiquiatra, Psicólogo y Trabajador Social) han elaborado un programa de detección de riesgo socio-sanitario de menores con problemas de salud mental, especificando aquellos trastornos que el DSM IV establece como: Trastornos por déficit de

atención y comportamiento perturbador, en los que se incluyen: Trastornos por déficit de atención (TDAH), Trastorno Disocial, Trastorno negativista desafiante y Trastorno del comportamiento perturbador no especificado.

Los criterios para el diagnóstico de estos trastornos están asociados a conductas íntimamente relacionadas con el área educativa, social y familiar del menor, por ello cuando existe una problemática social añadida a estas conductas supone un riesgo social para atención y cuidado del menor y para la continuidad en el tratamiento clínico y educativo por parte del ámbito familiar.

PROGRAMA DE RIESGO SOCIO-SANITARIO DE MENORES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

A) Fundamentación normativa del programa:

Según la Ley 14/2002, de 25 de Julio de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León (3) establece, en su artículo 5 (Principio de corresponsabilidad y colaboración) la obligación tanto de los padres o tutores de los menores como todos poderes públicos, en los que se incluyen servicios sanitarios, educativos y sociales, de asegurar una atención integral a los menores de edad, a través de acciones competentes y responsables en su ámbito de actuación, actividades de coordinación, cooperación y colaboración entre entidades implicadas (cuya base teórica se establece en el primer objetivo de esta ley de garantizar y promover los derechos de los menores establecidos en normas de rango superior como son la Constitución, Convención de los Derechos del Niño de las

Naciones Unidas y la Carta Europea de los Derechos del Niño).

Igualmente se establece que aquel que ostente alguna responsabilidad sobre un niño o adolescente está obligado a proporcionar la atención y los cuidados necesarios que favorezcan su pleno desarrollo e integración. Estableciendo además el deber legal de todos los ciudadanos de colaborar con las autoridades y sus agentes

En su artículo 7 (Planificación y programación de actuaciones) establece una planificación integral desde el ámbito regional y local, para conseguir una mayor eficacia en todas las actuaciones dirigidas a la infancia. Articular sistemas y mecanismos necesarios que den lugar a una cooperación interadministrativa, particularmente entre las Entidades Locales y el resto de instituciones, en los ámbitos familiar, educativo, sanitario y de servicios sociales.

Este marco normativo fundamenta la obligación de prestar cuidados de los padres o tutores a los menores de de edad, proteger sus derechos y promover su desarrollo personal. Con respecto a las instituciones públicas corresponde la planificación y atención integral desde los diferentes ámbitos en los que se integra el menor con actuaciones de coordinación, colaboración y participación administrativa. En función de estas premisas normativas desde el Equipo de Salud mental Infanto-juvenil se establece un proceso de intervención multidisciplinar estandarizado y articulado en base a actividades de coordinación y colaboración con el resto de instituciones implicadas en la atención, promoción y protección del menor en el Área sanitaria del Bierzo.

B) Fundamentación técnica:

La prevalencia del TDAH según fuentes epidemiológicas representa entre un 3% y 7% entre la población escolar en EEUU como en Europa ^{(4),(5)}. La prevalencia del trastorno negativista desafiante o el trastorno disocial es aproximadamente de un 3% a los 10 años y aumenta al 8-9% a los 16 en España ⁽⁶⁾. En base a este dato los trastornos del comportamiento perturbador aumentan con la edad siendo más frecuente en la adolescencia que en niños más pequeños.

En el área de salud del Bierzo, el número total de primeras consultas atendidas por el Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil es de 225 menores de 18 años, y el diagnóstico de TDAH es de 100, de los cuales 25 presentan trastornos del comportamiento perturbador. No se puede hacer un diagnóstico diferencial de los trastornos del comportamiento perturbador porque no se recoge en la estadística del Equipo.

Durante el seguimiento clínico se detecta tanto por el Psicólogo y Psiquiatra de el Equipo, que el estado de salud de 30 menores de edad, de los cuales 13 presentan un diagnóstico de TDAH y 17 con trastorno de la conducta perturbadora, está influenciado por un núcleo familiar desestructurado y con problemática social añadida. Estos profesionales realizan interconsulta al trabajador social para la consecuente valoración social de cada caso concreto.

En la mayoría de los casos no existe contacto previo con servicios sociales. Sin embargo una vez realizada la derivación desde la ESMI-J a los mismos, la demanda de actuaciones de coordinación y

cooperación por parte servicios sociales (básicos y específicos) con los profesionales del ESMI-J se hace constante.

En este contexto, los profesionales de el Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil consideran necesario elaborar un proceso que facilite la intervención desde las diferentes áreas con objetivos generales conjuntos y manteniendo objetivos y responsabilidades específicas para cada servicio.

El eje fundamental de la planificación de la intervención socio-sanitaria se establece en dos conceptos que el Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil adopta del marco normativo de Servicios Sociales

SITUACIÓN DE RIESGO

Aquella situación en la que el menor ve perjudicado su desarrollo personal o social por causa de sus circunstancias personales o bien por influencia de su entorno, sin alcanzar la intensidad o persistencia que justificaría la declaración de desamparo. Esta situación precisaría intervención de las Administraciones competentes, a través de servicios de apoyo a la familia o bien mediante la asunción de la guarda del menor, a petición de sus padres o tutores, con el objetivo de eliminar, reducir o compensar las dificultades y así evitar la situación de desamparo ⁽³⁾.

SITUACIÓN DE DESAMPARO

En el Código Civil, en su artículo 172.1. Párrafo segundo, se establece que es una situación donde los menores quedan privados de la asistencia moral o material necesaria por el incumplimiento imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección de aquellos que tienen la guarda del menor ⁽³⁾.

En función de estas dos situaciones, se establece una adaptación para el desarrollo de las funciones socio-sanitarias desde Unidad de Salud Mental Infanto- Juvenil. El procedimiento cuenta con tres fases: Detección Precoz, Planificación e intervención y Seguimiento.

C) fases del procedimiento:

C.1) Detección precoz:

En primer lugar se establece una serie de indicadores comunes para detectar situaciones de riesgo o desamparo en base a la normativa propia de servicios sociales⁽³⁾. Así se unifican criterios entre el sistema sanitario y social, creando un visión común tanto de la situación de riesgo como de desamparo de un menor.

Estos indicadores son utilizados por cualquiera de los profesionales de el Equipo de Salud Mental Infanto juvenil (Psiquiatra, Psicólogo y Trabajador social) para detectar precozmente este tipo de situaciones. (*Tabla 1: Indicadores comunes para la detección precoz de situaciones de riesgo o desamparo*).

C.2) Planificación de la intervención:

Los profesionales de el Equipo de Salud Mental (Psiquiatra, Psicólogo y Trabajador social) realizan reuniones pautadas un día a la semana, donde se gestionan los casos detectados, dando lugar a la planificación interdisciplinar de la intervención.

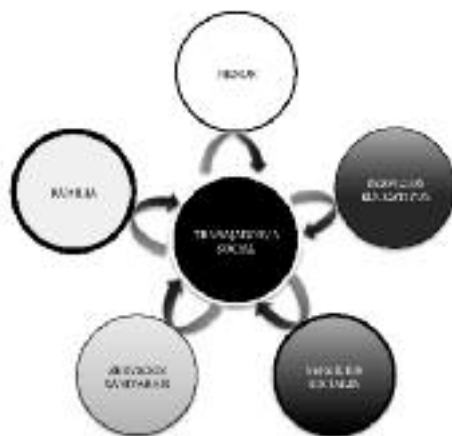
C.2.1) Actuación ante situación de desamparo:

En el caso, de que alguno de los

TABLA1. INDICADORES DE RIESGO SOCIAL Y DESAMPARO.

Indicadores comunes para todos los servicios/profesionales	
Situación de RIESGO	Situación de DESAMPARO
• Falta leve de atención física o psíquica del menor. • Dificultad de padres para la adecuada atención física y psíquica, no obstante su voluntad de hacerlo. • Utilización del castigo físico o emocional del menor. • Necesidades de todo orden que no pueden ser compensadas adecuadamente en el ámbito familiar, ni desde servicios y recursos normalizados, conlleven levedad, desencadenante o favorecedor de marginación, inadaptación o desprotección del menor.	• Abandono negligente del menor. • Malos tratos físico, o psíquicos, abusos sexuales. Consentimiento u omisión para impedirlo. • Inducción a la delincuencia o las conductas antisociales o desviadas. • Drogadicción o alcoholismo del menor inducidos, consentidos o tolerados, • Obstaculización por los responsables del menor de las actuaciones acordadas para la averiguación o comprobación de las situaciones de desprotección, cuando se ponga en riesgo la seguridad de éste • Explotación económica o consentimiento • Desatención física o psíquica del menor grave o cronificada. • Circunstancias en el hogar o en el entorno socio-familiar que deterioreen o dañen el desarrollo o derechos.

FIGURA 1. PAPEL CENTRAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS DIRIGIDOS AL MENOR.



profesionales detecte uno o varios indicadores determinados para la situación de desamparo se hace una derivación inmediata a la Delegación de la Sección de Protección a la Infancia en el Bierzo, y una notificación a la Fiscalía de Menores e incluso al Juzgado de Guardia de Ponferrada, dependiendo de la gravedad de la negligencia o presunto delito.

C.2.2 Actuación ante una situación de riesgo social y/o vulnerabilidad⁽⁷⁾:

A. recogida de información y contrastación:

Responsable: trabajador social sanitario (t.s.s.)

El Trabajador social tiene asignado el papel fundamental, como eje de coordinación entre los distintos servicios (*Figura 1. Papel central del Trabajador social en la coordinación de servicios dirigidos al menor*).

Teniendo en esta fase inicial las siguientes funciones específicas:

–Atender la demanda y obtener información tanto del menor como de la familia mediante sucesivas entrevistas.

–Crear una relación de confianza entre el profesional, la familia y el menor

–Investigar y obtener mayor información sobre factores scio-ambientales y contrastarla. Coordinación y colaboración con otras instituciones (CEAS, atención primaria, EOP, servicios de protección a la infancia...) Previo consentimiento informado de la familia.

Al elaborar un diagnóstico socio - sanitario.

Responsables: USM I-J: T.S.S./ psicólogo / psiquiatra

Una vez establecida la situación de riesgo social/vulnerabilidad, los distintos profesionales del equipo de Salud Mental Infanto-juvenil, deben establecer un diagnóstico multidisciplinar, incluyendo aspectos biopsicosociales. En esta fase del proceso es precisa la inclusión de información tanto de los padres, como del niño y el

ambiente social, prestando especial a los siguientes factores posibles:

Padre/madre:

No concordancia entre demanda y necesidad.

Carencia de habilidades de comprensión y empatía hacia la enfermedad y la imposición de límites y normas.

No conciencia de problema y de enfermedad.

Omisión de información o bien ocultación y/o falsedad.

Mal control de la medicación.

Falta del menor a las consultas.

Cambios de citas a consulta de la USM IJ injustificadas.

Escasa colaboración de los padres en el proceso terapéutico.

Nivel bajo de estudios de los progenitores. Analfabetismo/Retraso mental.

Actitud huidiza/esquiva

Indeterminación/ Ambigüedad a la hora de la toma de decisiones en la resolución del problema que presenta su hijo.

Enfermedad mental o consumo de tóxicos de los padres

Menor:

Consumo de tóxicos del menor por consentimiento de los padres o tutores.

Inestabilidad clínica. Cambios muy bruscos de comportamiento y actitud que

el menor refiere como causa a problemáticas sociales y familiares crónicas y perjudiciales.

Problemática social añadida:

Separaciones conflictivas. Utilización del menor como instrumento para perjudicar a la ex pareja.

Precariedad económica.

Falta de alojamiento o en condiciones de inhabitabilidad e insalubridad.

Problemas laborales graves.

Violencia familiar.

Desorganización familiar: no existen normas, rutinas, ni hábitos adecuados para el menor.

Sobrecarga familiar: personas ancianas con gran dependencia, personas con discapacidad...

C. Plan de actuación: plan individualizado centrado en la persona (menor) y la familia

Se realiza una reunión del equipo (Psiquiatra, Psicólogo y Trabajador social) determinando el caso como menor en riesgo desde el punto de vista socio-sanitario y se plantean objetivos desde el Equipo de salud mental infanto-juvenil y actuaciones.

Estos objetivos se consensuan con el menor y la familia, sujetos activos del proceso de cambio.

Una vez establecido los objetivos se pasa a informar de los recursos comunitarios (sociales y educativos) a los

TABLA 2. SERVICIOS DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y LA DELEGACIÓN DE LA SECCIÓN DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA.

PROGRAMA	PROGRAMA DE APOYO A FAMILIAS (PAF)	PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR (PIF)	UNIDAD DE ATENCIÓN EDUCATIVA
GENERALIDADES	Prioritario de entre las acciones protectoras. Actuaciones de contenido teórico, económico y ayuda material	Similar al PAF, dependiente de Ayuntamientos (poblaciones > 20000 habitantes - Ponferrada)	Equipo que se encuentra en la Delegación de la Sección de Protección a la Infancia - Área de El Bierzo
OBJETO	Familias Multiproblemáticas y: - Menores en situación de riesgo social. - Menores con declaración de desamparo (Expediente abierto), en separación provisional con posibilidad de retorno.		Conductas delictivas
ACCESO	- Centros de Acción Social (CEAS), dependientes de la Diputación de León (poblaciones < 20000 hab.) - Equipos de la sección e Protección a la Infancia (JCYL), ubicados en el Consejo Comarcal de El Bierzo	- CEAS dependiente del ayuntamiento de Ponferrada - Equipos de la sección e Protección a la Infancia (JCYL)	- Medidas de reforma/judiciales en medio abierto (establecidas por Fiscalía de Menores)
METODOLOGÍA	- Elaboración de planes individualizados para cada familia. - Coordinación del plan con otras instituciones implicadas (colegio, Centro de Salud, CEAS) - Intervención en domicilio. Educador /a de familia Sesiones psicológicas individuales y grupales con miembros de la familia		- Intervención Familiar e individual: - Disminución conductas delictivas - Mejorar contención familiar - Objetivo último de Reinserción Social del Menor

PAF: Programa de apoyo a Familias
PIF: Programa de Intervención Familiar

CEAS: Centros de Acción Social
JCYL: Junta de Castilla y León

que se puede derivar al menor y la familia

D. Derivación y coordinación con servicios sociales básicos/específicos

Se establece una reunión inicial con estos servicios unificando el plan de actuación mediante objetivos conjuntos y estableciendo la responsabilidad de cada profesional, para evitar la duplicidad de actuaciones.

Se pactan reuniones de revisión de casos

cada tres meses, con servicios sociales básicos y específicos, para evaluar actuaciones y objetivos.

En función de la gravedad de la situación y del resultado de las intervenciones familiares, se establecen dos niveles de objetivos

Objetivo 1:

Mantener al menor con TDAH o trastorno de la conducta perturbadora en núcleo familiar y su ambiente, mediante un proceso de intervención familiar. (*Figura 2. Objetivo 1 de la intervención: mantener en núcleo familiar*).

FIGURA 2. OBJETIVO 1 DE LA INTERVENCIÓN (MANTENER EN NÚCLEO FAMILIAR)

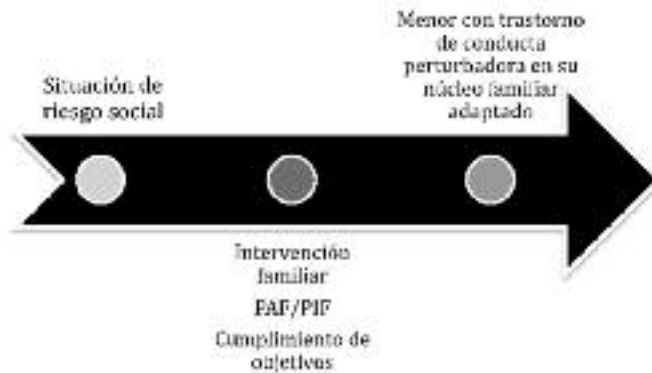


FIGURA 3. OBJETIVO 2 (SEPARACIÓN DE ENTORNO PERJUDICIAL)



Responsables:

Servicios Sociales Básicos y Específicos: Programa de apoyo a familias (PAF)/ Programa de Intervención familiar (PIF)/ Equipo de la delegación de Protección a la Infancia. (*Tabla 2. Servicios dependientes de los Servicios Sociales y la Delegación de la Sección de Protección a la Infancia*).

Las funciones específicas que llevan a cabo desde estos servicios de atención al menor dentro del procedimiento descritos son la de realizar la intervención familiar en el domicilio en función de las características especiales del menor y problemática social de la familia a través del

PAF/PIF. E Informar a el Equipo de Salud Mental Infanto Juvenil de cualquier circunstancia social y/o vital que pueda desestabilizar al menor.

Los profesionales de el Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil deben de llevar a cabo el proceso terapéutico del trastorno de conducta del menor así como dotar de pautas de psicoeducación básicas a la familia. Así como Informar de estas pautas al PAF/PIF para que sean reforzadas así como la pauta de tratamiento para que sea controlada, previo consentimiento de la familia.

Objetivo 2:

Separar al menor con trastorno de la conducta perturbadora del núcleo familiar y del entorno debido a que la situación de riesgo no se modifica y tiene a cronificarse con la consecuencia negativa para el desarrollo del menor. (*Figura 3. Objetivo 2 (Separación de entorno perjudicial)*).

Responsables:

Desde la Sección de Protección a la Infancia deben investigar, intervenir y realizar la resolución fundamentada llamada declaración de desamparo.

Desde el Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil se realiza un asesoramiento de las necesidades y características especiales del menor con TDAH y /o trastornos de la conductas perturbadora, con el objetivo de que la alternativa al ámbito familiar de origen sea un recurso lo más adaptado al menor posible.

Si la intervención familiar y social, no da resultados, la situación de riesgo social se puede convertir en situación de desamparo del menor, por lo que es necesario tomar decisiones de retirada de tutela y valorar el recurso más adecuado a las necesidades específicas del menor por parte de la Sección de Protección a la Infancia.

Esta decisión se debe fundamentar y justificar exhaustivamente, ya que es una decisión que implica separar a un menor de su familia de origen, que «buena o mala» es su familia y su entorno.

Uno de los problemas de este tipo de medidas es que los recursos para menores tutelados por la Administración son generales no especializados en el trastorno de conducta perturbadora, por lo que a veces es complicada la toma de decisión en la

elección del recurso más adaptado y adecuado a sus necesidades.

En el área del Bierzo se existen los siguientes recursos de protección del menor dependientes de la Gerencia de Servicios Sociales (JCYL):

COLEGIO EN RÉGIMEN INTERNO. Plazas concertadas con la red de servicios sociales. Ej. Colegio en régimen interno de las Madres Agustinas de Villafranca del Bierzo.

PISOS TUTELADOS (menores de 18 años). Fundación de los Ángeles. Esta misma fundación tiene concertada la Unidad de Socialización, para menores con problemas graves de conducta en Lugones (Asturias).

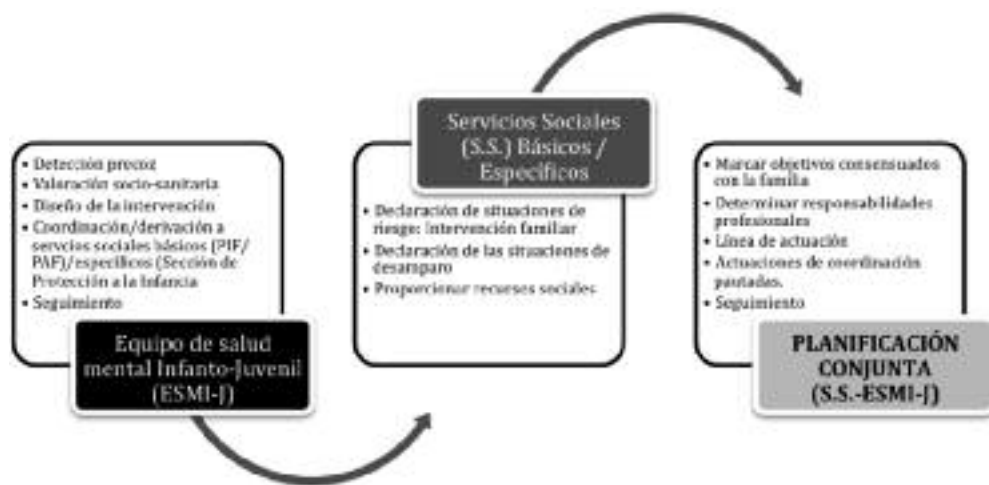
FAMILIAS DE ACOGIDA: Familia extensa, familia independiente y familia profesionalizada.

Este proceso también se produce a la inversa, niños con alteraciones de conducta que están tutelados provisionalmente por la administración en los diferentes recursos son pacientes del servicio de salud mental infanto-juvenil; en este caso también se colabora en el plan de actuación con los objetivos de la reinserción en el medio familiar o la separación definitiva del medio familiar; asesorando el centro más adecuado para las características socio-sanitarias especiales del menor, teniendo en cuenta que son recursos generales no específicos.

C3. Seguimiento:

Responsables:

Los dispositivos implicados (sanitarios y sociales) realizan un seguimiento terapéutico y social, evalúan el grado de

FIGURA 4. RED DE FUNCIONAMIENTO Y OBJETIVOS DE LOS DISPOSITIVOS IMPLICADOS

PAF: Programa de Atención a Familias

PIF: programa de Intervención Familiar

SS: Servicios sociales

USMI-J: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

satisfacción de las necesidades comunitarias y familiares. Y cómo los posibles cambios tanto en conducta como dinámica familiar influyen en la salud mental del menor.

Este seguimiento se plantea mediante una metodología de trabajo en red con los diferentes equipos, programas e instituciones. (*Figura 4. Red de funcionamiento y objetivos de los dispositivos implicados*)

Conclusiones

Como se ha descrito, desde la intervención social se detecta, valora e interviene con personas, indefensas, en el caso de un menor con problemas de conducta. Además sobre aspectos vitales que pueden determinar el desarrollo y evolución personal y social del niño.

Por ello, es preciso que la planificación de la actuaciones sea muy exhaustiva,

teniendo en cuenta que los sujetos, objetos de intervención, son partícipes de su propio cambio y que en núcleo familiar es el ámbito primario donde el niño se interrelaciona.

La complejidad de la intervención viene determinada por la diversidad de servicios y profesionales implicados, lo que exige, un trabajo multi e interdisciplinar, coordinado y unificado que evite duplicidad de funciones, o bien intervenciones contradictorias.

El trabajo en red de los diferentes dispositivos es la línea metodológica básica a la hora de intervenir en una situación de riesgo o desamparo de menores con TDAH y/o problemas de conducta, lo cual favorece, que todos los profesionales dispongan de la misma información y el abordaje se realice desde diferentes perspectivas profesionales, marcar objetivos conjuntos y determinar diferentes

responsabilidades disciplinarias, dirigidas al bienestar físico, psíquico y social del menor.

Es de notar que la evolución de la sociedad determina en gran medida las intervenciones y objetivos en el ámbito clínico y social, apareciendo nuevos modelos de desprotección social, como es el caso de violencia de hijos hacia padres, circunstancia no contemplada por el momento en la normativa actual.

Esta situación se podría considerar desprotección social, debido a que en múltiples ocasiones los padres/madres se sienten dominados y amenazados por el menor, sin tener margen de actuación. En ocasiones, el vacío a nivel normativo y de actuación conlleva como única alternativa, en este tipo de situaciones alternativa que el cese de la guarda y custodia a la Administración, con las subsecuentes consecuencias negativas que conlleva esta decisión tanto para el menor como para la familia.

En todas las situaciones de riesgo social y/o desamparo se hace fundamental que los servicios de atención directa, servicios sanitarios, educativos y sociales sean vistos como figuras de apoyo y ayuda, actuando como referentes para que estas familias y sus menores establezcan una relación de confianza con los profesionales, colaborando en las indicaciones y poniendo en marcha actitudes de cambio. Sin este objetivo, los servicios pueden ser vistos como una amenaza para el menor con trastorno de conducta y su familia haciendo imposible la actuación por «huida» de los dispositivos.

En situaciones, indicadores claros de desamparo de un menor con TDAH y/o problemas de conducta por parte de su familia es precisa una comunicación de una manera precoz para evitar que el menor siga padeciendo esa situación. Uno de los problemas se relaciona con la ausencia de alternativas a Centro no especializado en trastornos de conducta, donde este problema puede convertirse en una disrupción de la convivencia continua con otros menores, creando alianzas entre el grupo de iguales, difíciles de manejar, por un equipo técnico no especializado en este trastorno. La creación de recursos específicos para distintos colectivos, supone un elevado grado de complejidad, sin embargo la necesidad del mismo se consolida por las estadísticas con un número elevado de alteraciones de conducta presentes en los menores con expedientes abiertos por la Sección de Protección a la Infancia, que se encuentran en Centros no especializados, siendo numerosas las quejas tanto del personal de los centros como de los propios menores⁽⁸⁾.

Es preciso destacar en último lugar, la importancia del seguimiento de estos menores con trastorno de la conducta perturbadora en su transición a la vida adulta, para proporcionar una mínima integración socio-laboral, adecuados apoyos personales y sociales así como una continuidad terapéutica en las Unidades de salud mental de adultos, que permitan un desarrollo personal y social normalizado. En la medida que estos objetivos puedan alcanzarse, se podrán calificar las actuaciones de los distintos servicios como efectivos y eficientes.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Díaz-Sibaja, M.A. (2005). **Trastornos del comportamiento perturbador: trastorno negativista desafiante y trastorno disocial**. En, Comeche, M.I y Vallejo, M.A. (Coor.). *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia*. Madrid: Dykinson.
- (2) Escudero, V. **Guía práctica para la intervención familiar**. Junta de Castilla y León. Va- D.L.754/2009.
- (3) **Ley 14/2002, de 25 de Julio de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León**.
- (4) American Psychiatric Association. **DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV** Texto revisado. Barcelona: Masson; 2001.
- (5) **Guía de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud**. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. 2010
- (6) **Guía práctica. Trastornos de conducta. Guía de intervención en la escuela**. Gobierno de Aragón. Panorama general de los trastornos de conducta. Epidemiología. Factores de riesgo y factores protectores. D.L. HU-407/2011
- (7) Ituarte Tellaeche, A. **Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico**, Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales y Siglo XXI de España Editores, 1992.
- (8) **Informes, estudios y documentos. Centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social**, Defensor del Pueblo 2008.

Correspondencia: Ester González Camino
esgonzalezca@saludcastillayleon.es

Caracterización y evolución del TDAH en la etapa adulta

Characteristics and development of ADHD in the adult

Nicolás Martín Navarro

Psiquiatra.

Servicio de Psiquiatría. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

RESUMEN

El conocimiento y los datos científicos actuales apuntan que el TDAH puede persistir en la etapa adulta. La prevalencia del TDAH en la población adulta se estima que rondaría el 4%. Al menos el 50% de los niños que desarrollan el trastorno en la infancia lo continuarán sufriendo en la edad adulta. Los síntomas pueden ser parcialmente diferentes en la etapa adulta, con menos síntomas y conductas del dominio de la hiperactividad y un ligero descenso también de las conductas impulsivas pero con los mismos síntomas de inatención. La detección del TDAH en el adulto es posible con una adecuada y completa historia clínica que puede apoyarse en diferentes pruebas psicométricas disponibles en España. El uso de entrevistas estructuradas junto con evaluaciones sistematizadas de probables trastornos comórbidos, facilitan el alcanzar un correcto diagnóstico diferencial. El tratamiento farmacológico en adultos es esencialmente el mismo que el que se emplea en la infancia con los ajustes apropiados al peso, disponiendo una adecuada evidencia para fármacos psicoestimulantes, atomoxetina y estudios prometedores en otros medicamentos. Los ensayos clínicos han demostrado que metilfenidato es el tratamiento más eficaz y seguro. Los tratamientos psicoterapéuticos y en especial los de orientación cognitivo conductual han demostrado también ser eficaces en adultos con TDAH.

Palabras Clave: TDAH, Adultos, Hiperactividad, Inatención, Diagnóstico, Tratamiento, Metilfenidato.

INTRODUCCIÓN

Las primeras descripciones clínicas del TDAH datan de principios del siglo pasado y se realizaron en niños^[1]. Durante más de 70 años las investigaciones han

ABSTRACT

Current research suggests that ADHD may persist into adulthood. Prevalence of ADHD in the general adult population is estimated to be around 4%, as more than 50% of the children with the disorder will continue to have it as adults. The symptoms of ADHD can be different in adults, with less hyperactivity and a slight decrease in impulsiveness, but with the same symptoms of inattention. Detection of ADHD in adults is possible using appropriate clinical assessments, including a number of different psychometric instruments that are available in our language. The use of structured interviews, together with a systemized evaluation of possible comorbid disorders, may help to reach a differential diagnostic. Pharmacological treatment in adults is essentially the same as that used with children, but weight-adjusted and adequate evidence is available for treatments such as psychostimulants, atomoxetine and promising for other drugs. Clinical trials have shown methylphenidate to be the most effective and the safest medication. Psychological treatments, particularly cognitive behavioral intervention have also proved to be effective in adults with ADHD.

Key words: ADHD, Adults, Hyperactivity, Inattention, Diagnosis, Treatment, Methylphenidate

estado siempre centradas en la población infantil, ya que se pensaba que este trastorno era exclusivo de la etapa infanto-juvenil. A partir de mediados de los años 70, se comienzan a publicar trabajos científicos que comienzan a dar validez al

diagnóstico en adultos^[2]. Así los correlatos clínicos, la historia familiar, la respuesta al tratamiento, los estudios de laboratorio, el curso y la evolución van sustentando la validez de constructo en el adulto^[3].

EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios realizados señalan cifras de prevalencia en adultos comprendidas entre el 4 y el 5%^[4]. En el reciente National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), sobre una muestra próxima a los 10000 pacientes en población general americana, se observaron cifras de prevalencia del 4,4%^[5].

CLÍNICA DEL TDAH ADULTO

Los criterios diagnósticos recogidos actualmente en el manual diagnóstico y estadístico americano (DSM-IV-TR) son los mismos que los que son utilizados para los niños [6]. Ya a partir del DSM-III, en 1980, se especifica que el trastorno puede afectar a los adultos y formalmente en la revisión posterior del manual (DSM-III-R), se describe la posibilidad de realizar el diagnóstico en adultos.

En aquellos sujetos en los que han padecido el trastorno durante la infancia y siguen presentando manifestaciones en la etapa adulta sin llegar a tener 6 de las 9 manifestaciones clínicas que se exigen para el diagnóstico del TDAH adulto, el DSM-IV-TR permite el diagnóstico de TDAH, especificándose «en remisión parcial».

Para poder hacer el diagnóstico en el adulto es necesario que el sujeto haya padecido el trastorno desde la infancia (como mínimo desde los 7 años). Además, debe persistir una alteración clínicamente significativa o un deterioro en más de un

área importante de su actividad, como el funcionamiento social, laboral, académico o familiar. Por tanto, se entiende el TDAH de la edad adulta como una patología crónica^[7].

Los adultos con TDAH suelen presentar manifestaciones clínicas de los dominios de la inatención y de la impulsividad, ya que la hiperactividad se va matizando y transformando con la edad, adoptando una expresión clínica diferente a la que se encuentra en los niños, como una sensación subjetiva de inquietud o intranquilidad interna (como si tuviera un motor que no me deja parar)^[8].

En la **tabla 1** se representa de forma esquemática la forma de presentación y las consecuencias de los diferentes signos y síntomas clínicos de la etapa adulta en los tres dominios sintomáticos principales.

EVOLUCION DEL TDAH EN EL ADULTO

Rendimiento académico

Los pacientes que padecen este trastorno tienden a lograr una menor formación académica en comparación con la población general, aun con niveles de inteligencia similares. Asimismo, los adultos con TDAH presentan más problemas de adaptación y disciplina en su ámbito académico/laboral.^[9]

Adaptación al medio laboral y conducción de vehículos:

Los estudios refieren que los adultos con TDAH que tienen una peor adaptación laboral que los individuos sin el trastorno que podría deberse a su deficiencia en el control de impulsos y a la inatención.

TABLA 1: DOMINIOS SINTOMÁTICOS DEL TDAH Y CONSECUENCIAS SOBRE LA VIDA DIARIA.

	INATENCION	HIPERACTIVIDAD	IMPULSIVIDAD
Signos y síntomas	Se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes Parecen no escuchar No siguen instrucciones No finalizan tareas Dificultad para organizar actividades Pierden objetos Descuidados en actividades diarias Disgusto en tareas de esfuerzo mental sostenido	Inquietud interior y desasosiego - Dificultad para realizar tareas sedentarias - Habla excesiva, ruidos en situaciones poco apropiadas - En marcha, como si tuvieran un motor interno que les activa permanentemente	Impaciencia - Dificultad para esperar turno - Interrumpen, se entrometen en conversaciones ajenas - Se implican en actividades potencialmente peligrosas
Consecuencias	Problemas en el hogar: - No recuerdan recoger hijos - Desordenados - No organizan sus actividades - Mala administración del dinero Problemas en el trabajo: - Llegan tarde o incumplen citas - Despistados, pierden cosas - Incapaces de terminar tareas Dificultad para organizar el tiempo - Cometen errores excesivos en el trabajo Baja autoestima, frustración y sensación de fracaso	Estilo de vida caótico, múltiples empleos, actividades lúdico-sociales Dificultad para mantener prioridades y elegir Escasas estrategias para resolución de problemas Sensación de fracaso laboral o personal Habladores, escuchan poco, interrumpen, impacientes No aguantan en trabajos sedentarios: despachos, oficinas...	Relaciones sexuales a edades más precoces, mayor riesgo de ETS, mayor número de embarazos no deseados Cambios bruscos de humor Abuso de sustancias como automedicación y mas riesgo de adicciones: caféina, nicotina, cocaína... Mas accidentes de trafico Menor tolerancia a las frustraciones que conlleva más cambios de trabajo, pareja...

Se ha observado que la destreza para la conducción de vehículos se altera con el TDAH, lo que da lugar a graves consecuencias desde el punto de vista social y personal^[10]. Los adultos con TDAH sufren más accidentes de tráfico y éstos son más graves.

Relaciones interpersonales y de pareja:

Los problemas de ajuste social que ya se ponen de manifiesto en el niño y adolescente con TDAH, pueden persistir en el adulto, incluso agravarse, si se tienen en

cuenta las crecientes demandas sociales de la edad adulta. Se han descrito mayores dificultades en las relaciones interpersonales, y de forma más específica, en las relaciones de pareja.^[10]

Persistencia del TDAH en el adulto, comorbilidad y consumo de sustancias tóxicas

Los diferentes estudios han puesto de manifiesto que el TDAH en unos rangos muy variables (4-80%)^[1] persiste en la edad adulta y esto depende de los criterios que se empleen para valorar la remisión del

FIGURA 1: COMORBILIDAD EN EL TDAH DEL ADULTO

trastorno. En una revisión realizada por Goldstein^[9] de los estudios sobre la evolución del TDAH en la edad adulta, se encontró que del 10 al 20% de los adultos con historia de TDAH en la infancia, experimentaban escasos problemas, mientras que alrededor de un 60% continuaba presentando síntomas de TDAH, así como alteraciones de adaptación social, problemas académicos y emocionales clínicamente significativos. El 10-30% de estos adultos desarrollan problemas de conducta antisocial asociados a las alteraciones producidas por el TDAH y otros trastornos comórbidos.

Al igual que en niños, la presencia de otros trastornos psiquiátricos con el TDAH del adulto es elevada, considerándose que hasta un 70% de los sujetos con TDAH presentan comorbilidad psiquiátrica^[3]. A diferencia del TDAH en niños, donde la comorbilidad mas frecuente son los trastornos de conducta, en los estudios prospectivos y controlados de pacientes con TDAH que se siguen hasta la edad adulta las comorbilidades más frecuentes (**Figura 1**) son con las drogodependencias (hasta un 19%), trastornos afectivos tipo trastorno depresivo mayor (hasta un 28%),

trastorno de personalidad antisocial (hasta un 23%), y con menos frecuencia con trastornos de ansiedad (hasta un 10 o 15%).

Las drogodependencias que constituyen uno de los problemas asociados más frecuentes^[7] en su génesis y desarrollo, el hecho de padecer un TDAH que persiste en la edad adulta repercute además de forma negativa sobre la evolución de la misma, pues se asocia a un debut más temprano con consumos más elevados y crónicos y a un mayor riesgo de recaída en el consumo de sustancias.

EVALUACION DEL TDAH EN ADULTOS

Para poder realizar un diagnóstico de TDAH en adultos es fundamental saber diferenciar entre síntomas propios del trastorno y aquellos debidos a otra patología comórbida^[10]. Para ello, es preciso reflexionar a cerca de cuatro cuestiones esenciales:

- 1- Evaluar si existen evidencias entre los síntomas del TDAH de la infancia y el deterioro posterior significativo del adulto.

TABLA 2. ESCALAS DE VALORACION DEL TDAH Y TRASTORNOS RELACIONADOS EN EL ADULTO

Nombre de la escala	Fuente	Tipos de evaluador	¿Síntomas del DSM-IV representados?	¿Datos normativos?	Propiedades psicométricas	Notas
Escala del TDAH del adulto (ASRS)	Disponible gratis	Autocumplimentación	Parcialmente	No	Especificidad y sensibilidad demostradas	Bueno como instrumento de detección
Escala de valoración del TDAH IV (TDAH-RS-IV)	Autocumplimentación	Autocumplimentación y clínico	Si	No para adultos	Ninguna demostrada para los adultos	Enumera los 18 síntomas del DSM-IV
Escala para el investigador de valoración de los síntomas del TDAH del adulto (AISRS)	No disponible para el público	Diseñada para que la cumplimenten evaluadores formados	Si	No	Estructura de factores obtenidos empíricamente; fiabilidad y validez demostradas	Semejante a ADHD-RS-IV excepto que se basa en sintomatología del adulto
Escalas del TDA para adultos de Brown	Disponible comercialmente en PsychCorp	Autocumplimentación	No explícitamente	Si	No publicadas ni disponibles	Evaluación de funciones ejecutivas
Escalas de valoración del TDAH del adulto Conners (CAARS)	Disponible comercialmente	Autocumplimentación, observador e investigador	Si	Si, basados en la edad y el sexo	Estructura de factores obtenidos empíricamente; fiabilidad y validez demostradas	Incluye formularios breves de detección sistemática
Escala de valoración de Wender (WURS)	Disponible gratis en el dominio público	Autocumplimentación	No explícitamente	No	Estructura de factores obtenidos empíricamente; fiabilidad y validez demostradas	Diseñada para evaluar síntomas de la infancia en el adulto

2- Aportar información, si existe, entre la relación de los síntomas actuales de TDAH y el deterioro.

3- Investigar la existencia de otra patología distinta al TDAH que justifique mejor el diagnóstico.

4- Para aquellos pacientes que cumplen criterios diagnósticos evidentes de TDAH debe investigarse la presencia de otra patología comórbida asociada.

La evaluación en adultos exige una historia clínica completa que integre datos clínicos retrospectivos e información familiar fidedigna a cerca de las etapas infantiles del sujeto a evaluar. Además existen instrumentos y cuestionarios autoadministrados de síntomas (un resumen se recoge en la **tabla 2**) que nos sirven para complementar la información recogida en la historia clínica y, de esta forma, apoyar el diagnóstico definitivo que es fundamentalmente clínico.

TABLA DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL TDAH EN ADULTOS TRADUCIDOS Y/O VALIDADOS EN ESPAÑOL

Historia Clínica General

Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV(CAADID-parte I)

Evaluación de síntomas actuales del TDAH

Conners (CAADID parte I)

Entrevista de Barkley para TDAH en adultos

ADHD Rating Scale-IV
ADHD Symptom Rating Scale

Adult Self Report Scale (ASRS)

Conners adult ADHD Rating Scale (CAARS)

Evaluación retrospectiva de síntomas de TDAH en la infancia:

Wender Utah Rating Scale(WURS)

ADHD Symptom Rating Scale.

TRATAMIENTO DEL TDAH EN EL ADULTO

Los ensayos clínicos en población adulta con TDAH se han incrementado notablemente en estos últimos años, especialmente en el campo de los psicofármacos, que se postulan como el eje fundamental del tratamiento en población adulta por haber mostrado más eficacia cuando se analizan los resultados por

separado frente a los tratamientos psicológicos; aunque la opción más adecuada parece la combinación del tratamiento farmacológico junto a las psicoterapias de orientación cognitivo-conductual.

Tratamiento Farmacológico:

Los **psicoestimulantes**, en especial el metilfenidato, son los fármacos mejor estudiados para el tratamiento del TDAH, con más de 200 ensayos clínicos publicados^[11]. La atomoxetina es un nuevo fármaco y el primer no psicoestimulante que ha demostrado de forma convincente su eficacia en el tratamiento de este trastorno, tanto en niños como en adultos.

Psicoestimulantes

Se dispone de ensayos clínicos controlados en adultos con metilfenidato, pemolina, modafinilo y adderall (combinación de cuatro sales de dextro y levoanfetamina).

El metilfenidato es un potente inhibidor de la recaptación de dopamina(DA) y noradrenalina(NA) utilizado en niños desde mediados de los años 50 para el tratamiento del TDAH, cuyos efectos terapéuticos se atribuyen a una mejora en la capacidad inhibitoria de circuitos frontosubcorticales mediados por el neurotransmisor dopamina.

En los últimos años se dispone de evidencia de su eficacia también en adultos y de hecho los datos de un metaanálisis, que incluyó 253 pacientes adultos, (140 recibieron metilfenidato y 113 placebo) demuestran la eficacia de la sustancia activa frente al placebo cuando se pautaron dosis superiores a 0,9 mg/kg/día, presentando además buena tolerancia^[12]. Existen tres presentaciones farmacéuticas de meti

fenidato en nuestro medio, una de liberación inmediata (presentaciones de 5,10 y 20 mg), que precisa de tres tomas diarias y dos de liberación prolongada, que requieren de una sólo dosis matutina. El principal problema del metilfenidato de liberación inmediata, mas de allá del riesgo de abuso o no, se encuentra en su posología; que al precisar de tres tomas diarias, al menos, hace que su cumplimentación y adherencia continuada al mismo sea dificultosa, por ello desde 2004 se comercializa en nuestro medio una presentación de liberación prolongada (tecnología osmótica) con cuatro presentaciones de 18, 27, 36 y 54 mg. que requieren de una sola administración matutina diaria, manteniendo la eficacia del metilfenidato de liberación inmediata con menos fluctuaciones plasmáticas y que facilita el mejor cumplimiento y adherencia al fármaco, añadiéndose otra ventaja fundamental que es que el riesgo de abuso queda minimizado por su presentación farmacéutica en cápsulas, que evita la posibilidad del consumo intravenoso o por vía intranasal. De todos los psicoestimulantes, el metilfenidato es el mejor estudiado en adultos, siendo el tratamiento de primera elección de los síntomas moderados y severos del TDAH en este grupo de población, como así lo indica la guía NICE, además de ser el único con indicación de tratamiento del TDAH comercializado en España. Los principales efectos adversos del metilfenidato son la cefalea, el insomnio, el nerviosismo, la hiporexia, la taquicardia o el aumento leve de la presión arterial, por lo que sería importante realizar un seguimiento de la misma mientras dure el tratamiento. Los efectos secundarios descritos son dosis dependientes por lo que en muchas ocasiones ajustando la dosis pueden mejorar^[13]. Las contraindicaciones absolutas son el padecer alteraciones es-

tructurales cardíacas, la HTA no controlada y el glaucoma de ángulo estrecho.

Las **sales anfetamínicas** de momento sólo se pueden utilizar en España como medicación extranjera, para uso compasivo, aunque han demostrado una eficacia contrastada en los estudios realizados [14].

La **pemolina**, aunque se ha mostrado eficaz en los estudios frente a placebo, ha dado lugar a problemas de hepatotoxicidad que limitan mucho su uso, quedando relegada a una opción terapéutica de segunda línea.^[15]

Con **modafinilo** también han surgido problemas de seguridad, con algún caso de síndrome de Steven Johnson, que ha hecho que este fármaco, aunque en los ensayos clínicos frente a placebo demostró mejoras en la atención y en el control de la impulsividad, no se esté utilizando.

A pesar del debate mediático sobre el peligro del uso de psicoestimulantes, los diferentes trabajos científicos han demostrado que su administración disminuye el riesgo de abuso o dependencia de sustancias en adolescentes y adultos con TDAH.^[16]

Fármacos no psicoestimulantes

La **atomoxetina**, un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina, ha demostrado que es un fármaco eficaz y seguro en pacientes adultos con TDAH. Es el único de los fármacos no estimulantes que cuenta con la indicación para TDAH, y por tanto es el mejor estudiado y con mayores evidencias científicas. Las dosis recomendadas de éste fármaco en adultos están comprendidas entre 60 y 120 mg/día, siendo la dosis más frecuente en los estudios publicados la de 90 mg/día. El fármaco (presentaciones de

10, 25, 40, 60 y 80mg) se puede administrar en una toma por la mañana o en dos tomas (mañana y mediodía) diarias. El principal problema de atomoxetina reside en que los tiempos de respuesta al fármaco son más prolongados cuando se compara con metilfenidato. En los estudios de seguimiento, tras 97 semanas de tratamiento, se ha mostrado como un fármaco seguro, eficaz y bien tolerado.^[17]

El **bupropion** (presentaciones de 150 y 300mg) es un antidepresivo que inhibe la recaptación de noradrenalina y dopamina, también ha demostrado su eficacia y buena tolerancia, en los diferentes estudios que se han realizado en adultos con TDAH frente a placebo llegando a utilizarse dosis de hasta 450 mg/día [18]. También ha demostrado su eficacia cuando hay patologías comórbidas como la depresión, el trastorno bipolar o las drogodependencias.^[19]

La **desipramina** como antidepresivo tricíclico de perfil noradrenergico también dispone de un ensayo clínico donde ha mostrado su eficacia en adultos pero es una sustancia que no se comercializa en España y habría que solicitarla como medicación extranjera para uso compasivo.^[20]

Existen otras sustancias como selegilina, guanfacina, propanolol, venlafaxina e IMAOs que tienen estudios de casos aislados con pocos pacientes y con una calidad metodológica de los resultados baja, que no permiten, por tanto, hacer recomendaciones específicas.^[21]

Tratamiento psicológico

A pesar de los buenos resultados de eficacia de los tratamientos farmacológicos, en determinadas ocasiones no es suficiente a la hora de manejar otros factores,

como las cogniciones o las conductas disruptivas u otros trastornos comórbidos que condicionan la adherencia y el cumplimiento terapéutico. La intervención psicológica debe comenzar en el momento del diagnóstico con la información completa y adecuada sobre el mismo, para tratar de estimular su implicación de forma activa en el proceso terapéutico

Las **intervenciones psicoeducativas** ayudan a que el paciente tenga un buen conocimiento de su problema, que le permita conocer las interferencias que este trastorno le genera sobre su vida diaria y así poder definir más fácilmente unos objetivos terapéuticos, esclareciendo determinadas creencias erróneas del trastorno. En este tipo de intervenciones se da información a los afectados y a sus allegados a cerca del trastorno: etiología, pronóstico y factores asociados. Los familiares deben aprender a apreciar las capacidades y limitaciones del afectado y desarrollar unas expectativas más realistas en relación con su comportamiento. El conocimiento de que gran parte de las dificultades que han sufrido a lo largo de la vida se explican por un trastorno del neurodesarrollo es recibido por los sujetos como una liberación, descargando gran parte de la culpabilidad que han ido acumulando durante años, en especial en aquellos casos donde no se ha hecho el diagnóstico hasta la etapa adulta. Este conocimiento permite al sujeto restablecer niveles perdidos de autoestima, rebajar su ansiedad, estrés, culpabilidad, frustración y tristeza, permitiendo un trabajo terapéutico posterior sobre una base más firme que acerque al paciente al éxito terapéutico.

La **intervención familiar** es otra de las estrategias de abordaje y compagina el trabajo psicoeducativo con el reencuadre del trastorno problema en el sistema familiar.

La **terapia cognitivo-conductual** es el abordaje más eficaz en la sintomatología refractaria al tratamiento farmacológico en los adultos con TDAH [22]. Así también esta intervención parece mejorar los síntomas depresivos y ansiosos comórbidos y la adherencia terapéutica. El constructo teórico de la terapia cognitivo conductual se basa en la interacción entre la cognición, la conducta y la afectividad, áreas especialmente afectadas en los sujetos con TDAH. La terapia cognitivo-conductual suele realizarse en un tiempo limitado que oscila en función del trastorno y de los objetivos que se desea alcanzar. Sería factible plantear una terapia de 12 a 15 sesiones para el trabajo de las habilidades básicas y mantener tantas sesiones de apoyo y seguimiento como sean necesarias. A lo largo de ellas se hace uso de técnicas cognitivas y comportamentales para favorecer el manejo de los tiempos, afrontamiento/resolución de problemas y el control de los impulsos y de la agresividad.

Por todo esto, se considera que los tratamientos multidisciplinarios son la estrategia más apropiada en el abordaje del TDAH del adulto.

CONCLUSIONES

El TDAH en el adulto es un trastorno infradiagnosticado, ya que de los diagnósticos de TDAH que se realizan en la etapa preescolar, al menos el 50 o 60% persisten en la edad adulta según los diferentes estudios de seguimiento. El TDAH en el adulto, no diagnosticado ni tratado, puede implicar graves consecuencias en todos los ámbitos de la vida del sujeto: académica, personal, laboral, familiar, sanitaria y social.

La situación más frecuente es que el TDAH se presente de forma comórbida con otra patología psiquiátrica (75% de los casos en adultos), comportándose como un factor confusional de diagnóstico, originando fracasos terapéuticos reiterados y evoluciones más tórpidas y complejas en aquellos pacientes que lo padecen, lo cual implica y requiere de una intervención intensiva y interdisciplinar del trastorno que aborde de forma personalizada cada una de las áreas afectadas del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Barkley RA.** Attention-deficit hiperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 2 ed. New York: Guilford Press; 1998
2. **Spencer T, Biederman J, Wilens T.** Adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a controversial diagnosis. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(suppl 7): S59-68
3. **Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, et al.** Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 9-20.
4. **Faraone SV, Spencer TJ, Montano B, Biederman J.** Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: a survey of current practice in psychiatry and primary care. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1221-6.
5. **Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE.** Prevalence, severity, and comorbidity of 12 month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 617-27.
6. **American Psychiatric Association.** DSM-V-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.

7. Ramos-Quiroga JA, Bosch R, Escuder G, Castells X, Casas M. TDAH en el adulto: Perspectiva Clínica. In Pichot P, Ezcurra J, Gonzalez-Pinto A, Gutierrez M, eds. *Diagnóstico, evaluación y tratamiento de los trastornos psiquiátricos graves*. Madrid: Aula Médica; 2005. P. 399-443.
8. Wilens TE, Dodson W. A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 1301-11.
9. Goldstein S. Continuity of ADHD in adulthood: hypothesis and theory meet reality. In Goldstein S, Ellison AT, ed. *Clinician's guide to adult ADHD: assessment and intervention*. San Diego: Academic Press; 2002.p. 25-42.
10. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2005; 366: 237-48.
11. Mulas F, Mattos L, Hernández-Muela S, Gandía R. Actualización terapéutica en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: metilfenidato de liberación prolongada. *Rev Neurol* 2005; 40 (Suppl 1) : S 49-55.
12. Faraone SV, Spencer T, Aleardi M, Pagano C, Biederman J. Metaanalysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult ADHD. *J Clin Psychopharmacol* 2004; 24: 24-9
13. Castells X, Ramos-Quiroga JA, Escuder G, Bosch R, Casas M. Los fármacos estimulantes en el tratamiento del TDAH. En: Tomas J, Casas M, editores. *TDAH: Hiperactividad. Niños movidos e inquietos*. Barcelona: Laertes; 2004. Pp. 278-95.
14. Spencer T, Biederman J, Wilens T, Faraone S, Prince J, Gerard K, et al. Efficacy of a mixed amphetamine salts compound in adults with ADHD. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58: 775-82.
15. Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ, Frazier J, Prince J, Bostic J, et al. Controlled trial of high doses of pemoline for adults with ADHD. *J Clin Psychopharmacol*. 1999;19:257-64
16. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher k. Does stimulant treatment of ADHD contribute to drug use/abuse? A 13 year prospective study. *Pediatrics* 2003; 111: 97-109.
17. Adler LA, Spencer TJ, Milton DR, Moore RJ, Michelson D. Long-term open-label study of the safety and efficacy of atomoxetine in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: an interim analysis. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 294-9.
18. Wilens TE, Haight BR, Horrigan JP, Hudziak JJ, Rosenthal NE, Connor DF, et al. Bupropion XL in adults with ADHD: a randomized, placebo controlled study. *Biol Psychiatry* 2005; 57: 793-801.
19. Wilens TE, Haight BR, Horrigan JP, Hudziak JJ, Rosenthal NE,,Connor DF, et al. Bupropion XL in adults with ADHD: a randomized, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* 2005;57:793-801.
20. Wilens TE, Biederman J, Prince J, Spencer TJ, Faraone SV, Warburton R, et al. Six-week double blind, placebo-controlled study of desipramine for adult ADHD. *Am J Psychiatry*. 1996;153:1147-53.
21. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of attention deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 2003b;111:17-85
22. Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther* 2005; 43: 831-42.

Controversias en el TDAH

Controversies in ADHD

Yolanda Zapico Merayo

Psiquiatra.

Servicio de Psiquiatría. Hospital El Bierzo (León).

José María Pelayo Terán

Psiquiatra.

Director de la AGC. de Arriendas. Área sanitaria VI.

Principado de Asturias.

RESUMEN

EL TDAH es un trastorno complejo que afecta fundamentalmente a un grupo de edad que genera preocupación y alarma social. Algunas creencias como la inexistencia del trastorno, la peligrosidad de los posibles tratamientos y sus consecuencias no están basados en evidencias demostrables y se corresponden con mitos acerca del mismo. Un adecuado conocimiento del TDAH y su tratamiento por parte de los profesionales y familiares implicados, puede permitir un tratamiento más efectivo y centrado en el paciente.

Palabras Clave: TDAH, controversias, psicoterapia, psicofarmacos, metilfenidato, etiología, prevalencia, diagnóstico.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en el DSM-IV-TR y su equivalente Trastornos Hiperkinéticos de la CIE-10, viene definido por un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad mas frecuente y grave que el observado en sujetos de nivel de desarrollo similar, un inicio previo a los 7 años de edad, su persistencia a lo largo del tiempo y en diversos ambientes y la interferencia en diferentes situaciones. Como se ha reflejado en el primer artículo de la presente monografía, este concepto ha sido fruto de la evolución histórica

ABSTRACT

ADHD is a complex disorder. It affects people in an age rank that may result in social alarm. Some beliefs such as the inexistence of the disorder, the toxicity of the treatment and adverse outcomes are not completely based in empiric evidence and appear to be false myths. A proper knowledge on ADHD and its treatment may help clinicians and families to achieve a more effective and patient centred treatment.

Key Words: ADHD, controversies, Psychotherapy, psychopharmacy, methylphenidate, aetiology, prevalence, diagnosis.

de las tendencias psiquiátricas que han llevado a una progresiva mayor validación nosológica mediante estudios factoriales de síntomas, epidemiológicos y neurobiológicos. A pesar de la importante labor de unificación de criterios diagnósticos de ambas clasificaciones, algunas diferencias han persistido, particularmente en cuanto al número y tipo de síntomas necesarios y al afectación funcional, haciendo del diagnóstico DSM una categoría ligeramente más leve y más frecuente. Algunas de estas discrepancias, junto con una prevalencia creciente del diagnóstico y al mismo tiempo de la prescripción de estimulantes y otros

psicofármacos destinados al tratamiento del TDAH han auspiciado al mismo tiempo críticas y distintos puntos de vista tanto desde la opinión pública como de distintos profesionales sanitarios, educativos y sociales en relación con una creciente preocupación por la protección al menor y la medicalización de problemas no tanto psiquiátricos como variaciones de la normalidad.

El presente artículo tiene por objetivo el análisis de las controversias más destacadas acerca del TDAH bajo la luz de los conocimientos científicos actuales.

DIAGNÓSTICO. ¿EXISTE EL TDAH?

El punto de partida en las múltiples controversias acerca del TDAH parte de la propia validez del concepto. Si bien la historia del TDAH surge de observaciones clínicas y su progresiva caracterización hasta llegar a su definición actual (véase la revisión histórica con que comienza la presente monografía), la segunda mitad del siglo XX y especialmente a partir de los años 70 se ve impregnada de opiniones contrarias ya no sólo desde el ámbito científico sino desde la opinión pública, en parte como reacción cultural ante el rápido auge del uso de estimulantes en niños. En 1975 aparecen dos publicaciones que fueron ampliamente difundidas y sientan las bases fundamentales de estas críticas. Los periodistas Scharg y Dikovy publicaron un libro que habla del «mito del niño hiperactivo», sugiriendo que los escolares son etiquetados con un diagnóstico «dudoso» y tratados con medicación peligrosa e innecesaria dentro de una conspiración que incluye a las autoridades médicas y escolares con el fin de usar «camisas de fuerza químicas» que contengan comportamientos normales que son mo-

lestos⁽¹⁾. En la misma línea, el sociólogo Peter Conrad publicó un artículo en el que expone que el diagnóstico de TDAH no es más que un ejemplo de la tendencia de la sociedad a medicalizar comportamientos que aun problemáticos son normales, incluso atribuyendo el uso de medicación a un intento de silenciar el inconformismo social así como a mantener los ingentes beneficios de la industria farmacéutica⁽²⁾. Incluso llega a acusar a la «Asociación para Niños con Problemas de Aprendizaje» de actuar como *lobby* de presión para extender la «medicalización». Estas opiniones se han mantenido como crítica en diversos ámbitos y ha llegado a resultar tan intensas y mantenidas que en 2002 fue publicado un consenso de psiquiatras de renombre realizaron varias publicaciones de un consenso en el TDAH con el fin de acabar con toda controversia al respecto⁽³⁾. En él, se muestra la preocupación acerca de la «periódica representación inexacta del trastorno por déficit de atención hiperactividad en los medios», al que reclaman como «trastorno médico, válido y real». Sin embargo, a pesar de «las abrumadoras evidencias científicas» que muestran en este consenso, pronto se publicó una respuesta al mismo por parte de otro grupo de profesionales⁽⁴⁾, criticando tanto la validez del diagnóstico como la especificidad, efectividad y seguridad del tratamiento farmacológico, añadiendo una perspectiva cultural desde la que los problemas actuales de la infancia se ocultarían de forma individual bajo el concepto de TDAH, con la alianza de médicos y compañías farmacéuticas como método para reducir la ansiedad creciente en la sociedad moderna acerca del desarrollo de los niños. Esta discusión refleja la probable imposibilidad de cerrar un debate controvertido, actualmente vigente, entre la caracterización progresiva y validación del concepto y las

interpretaciones culturales del mismo. La mayoría de estas discrepancias parte de la aproximación de los distintos autores, de modo que mientras que autores biologicistas defienden la existencia de «pruebas» de una etiopatogenia fundamentalmente genética y neurobiológica, otros sociologicistas, hacen hincapié en los modelos de sociedad y los factores educativos.

En este sentido, cabe resaltar que las últimas décadas han llevado a una búsqueda de definiciones de enfermedad mental no basadas en constructos etiopatogénicos y válidas transculturalmente. Así, la existencia y validez de una enfermedad como diagnóstico no vendrá definida tanto por su origen como por la caracterización de síntomas que tienden a ir agrupados, supongan algún tipo de fallo en uno o más mecanismos físicos y/o psicológicos que son universales en el ser humano, y suponen un daño para quienes lo padecen, es decir una aumento de la mortalidad, morbilidad o discapacidad en áreas como la educación, las relaciones sociales, funcionamiento familiar, independencia o funcionamiento ocupacional. Los diagnósticos actuales de la CIE-10 y DSM-IV-TR para el TDAH cumplen estos criterios sin objeto de duda. Ambos constructos presentan unos criterios diagnósticos prácticamente idénticos, divididos en al menos dos dominios (inatención e hiperactividad-impulsividad para el DSM). De forma añadida, la definición de los síntomas requiere ser cuantitativa o cualitativamente distintos a los de la población general y además deben causar un deterioro clínicamente significativo en al menos 2 ambientes. Estos síntomas han sido validados en estudios factoriales y epidemiológicos, haciendo de los criterios del DSM-IV, según Barkely, «los más empíricos en la historia de este trastorno».

A pesar de esta definición, existen varias dificultades que han llevado a una importante dispersión en cuanto a diagnóstico y prevalencia del trastorno y uso de medicación en diferentes localizaciones. Así, por ejemplo es posible encontrar tasas de uso de estimulantes en Estados Unidos 6 veces mayores que Australia y 8 veces superiores a España y prevalencias del trastorno que van desde un 1% a cerca de un 20% de niños de edad escolar. El propio DSM-IV, siendo aún un sistema diagnóstico categórico reconoce en su introducción que las etiquetas diagnósticas utilizadas representan fenómenos dimensionales, manifestaciones que en la naturaleza siguen un continuo desde la normalidad a lo patológico, lo cual sucede no solo en el TDAH sino también en otras entidades bien reconocidas, psiquiátricas como la esquizofrenia o no psiquiátricas como la hipercolesterolemia o la hipertensión. De este modo, es posible que, en determinados entornos clínicos, el diagnóstico sea basado exclusivamente en la presencia de síntomas (independientemente del deterioro producido). Este tipo de consideraciones han llevado a una importante discrepancia en los datos de prevalencia, siendo menores las cifras europeas que las estadounidenses. Sin embargo, los estudios metaanalíticos han reportado cifras de prevalencia cercanas al 5%, sugiriendo que las variaciones no se deben a la localización geográfica sino a problemas metodológicos⁽⁵⁾, de forma que cuando se utilizan adecuadas fuentes de información y criterios diagnósticos, en particular el criterio de disfunción, esta variación es mínima, con similares prevalencias en Europa y Norteamérica. Estos datos reflejan que los sistemas diagnósticos actuales tienen validez pero sólo cuando son adecuadamente aplicados, aún no negando la posibilidad de un sobrediagnóstico y sobretratamiento del

trastorno en caso contrario⁽⁶⁾. Por último debe añadirse que algunos estudios han mostrado un importante infradiagnóstico del TDAH⁽⁷⁾, relacionado con el estatus socioeconómico familiar y la accesibilidad a los servicios de salud a lo que puede contribuir de forma añadida la falta de información adecuada y posiciones encontradas de los profesionales acerca de la naturaleza de los problemas de estos niños.

LA ETIOLOGÍA DEL TDAH: ¿ENTIDAD NEUROBIOLÓGICA O CONSTRUCTO SOCIAL?

Ya se ha comentado que una de las mayores controversias es la propia naturaleza del constructo, siendo difícilmente reconciliables las distintas posiciones al respecto. A pesar de la corriente neurobiológica dominante actual, según la cual existiría una alteración neuropsicológica relacionada con los circuitos cíngulo-fronto-parietales y la transmisión dopaminérgica que estaría ocasionada por factores genéticos y adquiridos (como las alteraciones perinatales), es innegable que el concepto de enfermedad mental parte de una construcción social por definición⁽⁸⁾. De esta forma, en un trastorno como el TDAH, la ficticia línea que separa lo normal de lo patológico debe ser consensuada y tener en cuenta los puntos de vista de profesionales clínicos, padres, profesores y particularmente centrarse en los aspectos disfuncionales del afectado en los que puede ser ayudado.

Dada la ingente cantidad de información al respecto de factores implicados en la etiología del TDAH no se ha considerado una pormenorización de las mismas en esta revisión. Si bien algunos de los resultados apuntan a mecanismos biológicos ya comentados, estos no representan a la totalidad de los pacientes. Del mismo

modo, los factores sociales y familiares no son capaces de explicar el trastorno en su totalidad, de forma que la única manera de conciliar estos aspectos es el constructo de una compleja etiología multifactorial (por otra parte, similar a otras entidades nosológicas) en la cual tiene cabida tanto factores genéticos y biológicos como los culturales, familiares y educativos, no siendo en general ninguna de ellas causa suficiente ni necesaria para la expresión de los síntomas TDAH^(9, 10).

EL TDAH A LO LARGO DE LA VIDA

El TDAH es un trastorno clásicamente descrito en niños y de hecho el constructo y diagnóstico actual está basado en síntomas propios de niños edad escolar. Los aspectos más disfuncionales del trastorno se producen precisamente en el contexto académico, que abarca en gran medida la etapa infantil y adolescente. De forma añadida, los síntomas de la dimensión hiperactividad tienden evolutivamente a disminuir con la edad, de modo que los pacientes con TDAH tienden a presentar menos síntomas con la edad. Estas observaciones han llevado a pensar que es un trastorno propio de la infancia y era habitual en la práctica clínica informar que desaparecería hacia la adolescencia o juventud. Sin embargo, desde las descripciones clásicas (véase la introducción histórica de esta monografía) se observa una importante frecuencia de persistencia de muchos síntomas y un importante grado de alteraciones funcionales en la juventud y adultez de personas que presentaron un TDAH en la infancia. En el momento actual, los datos disponibles indican que el TDAH es un trastorno en gran medida persistente en la edad adulta, con síntomas de presentación variable y

distinta a la población infantil, con un considerable porcentaje de pacientes que seguirán precisando algún tipo de intervención. Los aspectos relativos a la persistencia del trastorno y al TDAH del adulto se abordan en otro artículo de esta monografía.

La tendencia a la cronicidad de los síntomas del trastorno hace necesario por un lado un adecuado seguimiento a largo plazo de los pacientes y su reevaluación sistemática. Igualmente es preciso tener en cuenta la posibilidad de síntomas TDAH de forma transformada en poblaciones adultas para poder hacer un correcto diagnóstico, especialmente en poblaciones de riesgo.

EL TRATAMIENTO DEL TDAH: ¿DROGAR A LOS NIÑOS O EDUCAR A LOS PADRES?

La siguiente fuente de discrepancias es el tratamiento del trastorno, con dos opciones fundamentales: psicofármacos y/o intervenciones psicoterapéuticas fundamentalmente conductuales y otras intervenciones psicosociales ⁽¹¹⁾. En Europa, donde el uso de estimulantes ha sido más restringido tradicionalmente, las guías hacen un especial énfasis en el uso de tratamientos psicosociales (intervenciones conductuales y familiares, terapia cognitiva, intervenciones escolares) antes de una intervención farmacológica, mientras que en Estados Unidos, con una experiencia de amplia prescripción de estimulantes desde hace más de cuatro décadas, la recomendación inicial es un ensayo farmacológico. En gran medida estas posiciones justifican los datos de prescripción farmacológica tan dispares entre países.

Los tratamientos farmacológicos habitualmente utilizados son los estimulantes,

fundamentalmente el metilfenidato y las sales de anfetaminas (estas no disponibles actualmente en nuestro país), y la atomoxetina. Todas ellas basan su eficacia en la interacción con los circuitos neurobiológicos implicados en la atención y el control de impulsos y su acción en la transmisión dopaminérgica y/o noradrenérgica. El tratamiento psicofarmacológico es capaz de reducir la gravedad e incluso eliminar los síntomas como falta de atención, hiperactividad o impulsividad, sin embargo, una de las críticas es que no son capaces de tratar las causas subyacentes ni de ayudar al paciente al control de los mismos ⁽⁸⁾. Esto no es extraño ni novedoso, ya que en otras enfermedades como la esquizofrenia o la diabetes se encuentran situaciones análogas (la suspensión de antipsicóticos conlleva una recaída en los síntomas psicóticos y la retirada de insulina lleva a una hiperglucemia con sus consecuencias metabólicas) que no impiden que el tratamiento farmacológico sea no sólo recomendable sino esencial en la gran mayoría de los casos.

Las intervenciones psicosociales por su parte incluyen diferentes procedimientos, desde la educación de padres y profesores en la crianza y educación y la respuesta a síntomas y conductas hasta la mejora del control de su propia conducta y actividad por parte del niño ⁽¹²⁾. Independientemente del uso de medicación, parece que estas intervenciones pueden mejorar los síntomas y el funcionamiento global del paciente y parece que sus efectos pueden prologarse más allá de la propia intervención por efectos de generalización y aplicación de la práctica aprendida, aunque también con estos tratamientos no queda claro su posible efecto a largo plazo, especialmente en cuanto al rendimiento académico ⁽¹³⁾.

En 1999 se publicaron los primeros resultados (a 14 meses) del conocido estudio MTA (Multimodal Treatment Study of Children with ADHD), esponsorizado por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, National Institute of Mental Health) y el Departamento de Educación estadounidenses⁽¹⁴⁾. Los resultados iniciales indicaban que el tratamiento farmacológico aplicado de forma rigurosa era superior al psicosocial (o al tratamiento combinado) en el control de síntomas, sugiriendo e tratamiento farmacológico como fundamental con la posibilidad de usar tratamientos psicosociales (conductuales) como adyuvantes. Sin embargo, en un seguimiento mayor, a 22 meses, los resultados indicaban una eficacia sintomatológica similar entre tratamiento farmacológico, psicosocial y su combinación, con beneficios adicionales del tratamiento psicosocial combinado en relaciones familiares y efectividad en sintomatología comórbida⁽¹⁵⁾. De forma añadida, algunos datos indican que el tratamiento combinado puede permitir el uso de dosis más bajas de medicación, lo que puede potencialmente prevenir y mejorar la tolerabilidad y seguridad de la intervención⁽¹⁶⁾. El uso de medicación, por otro lado permite, especialmente en casos más graves y disruptivos, la facilitación y mejora de eficacia de otras intervenciones psicoterapéuticas, familiares y escolares.

En el momento actual, tanto la intervención de psicofármacos (fundamentalmente metilfenidato, atomoxetina y sales de anfetaminas, más algunos fármacos de segunda línea) como algunos tipos de intervenciones psicoterapéuticas (fundamentalmente las intervenciones de orientación conductual) disponen de un nivel de evidencia que hacen incuestionable su eficacia. Igualmente, la evidencia parece indicar que las interven-

ciones más eficaces son aquellas que combinan ambos tipos de tratamientos y suponen actualmente la recomendación fundamental en guías y consensos de tratamiento. La posibilidad de iatrogenia farmacológica supone en todo caso la necesidad de una información completa acerca de los efectos del medicamento y la revisión continuada de estos efectos a nivel individual. Estas precauciones han llevado igualmente a la recomendación generalizada de un tratamiento inicial psicoterapéutico, especialmente en el caso de niños más pequeños y casos más leves.

Para completar este apartado conviene abordar dos aspectos más acerca de la medicación. El primero de ellos es acerca de la tolerabilidad de los medicamentos. Uno de los aspectos más controvertidos, con respecto a los estimulantes, es su posible influencia en el crecimiento, llegando a la creencia generalizada de que estos medicamentos disminuyen el crecimiento. Si bien es cierto que el efecto secundario más frecuente del metilfenidato y las sales de anfetaminas es la pérdida de apetito y la pérdida de peso asociada, los estudios a largo plazo no parecen demostrar un efecto a largo plazo en el crecimiento y particularmente en la talla final del niño⁽¹⁷⁾. Otros efectos secundarios, como alteraciones del sueño, de frecuencia cardíaca o de la tensión arterial, en general se han mostrado como transitorios y manejables con el ajuste de dosis⁽¹⁸⁾. Estos y otros ejemplos han llevado a pensar que los medicamentos deberían ser suspendidos por periodos como los fines de semana o el verano, sin embargo, este tipo de medidas no han sido demostradas como eficaces para el manejo de los efectos adversos y pueden suponer importantes problemas a nivel sintomatológico y funcional para el paciente cuando se utilizan de forma generalizada⁽¹⁹⁾.

La existencia de estos y otros efectos adversos, sin embargo, exigen una rigurosa monitorización en el seguimiento de estos pacientes. El segundo aspecto controvertido es la posibilidad de abuso de sustancias que ha llevado a un uso restringido de estimulantes en muchos países. Sin embargo, el uso de estimulantes tiene un potencial de abuso inferior a otras sustancias, particularmente en formulaciones de larga duración y aunque este potencial existe parece más relacionado con factores personales que con el uso del medicamento⁽²⁰⁾. De forma añadida, ya que el propio TDAH se asocia de por sí a un mayor riesgo de problemas relacionados con sustancias, el correcto tratamiento del TDAH (incluyendo el uso de psicofármacos) parece un aspecto fundamental para conseguir una reducción de estos problemas.

¿EXISTE UNA DIETA EFICAZ EN EL TRATAMIENTO DEL TDAH?

Algunos estudios a partir de los años 80 mostraron altas tasas de eficacia en pacientes con TDAH tratados con restricciones dietéticas, eliminando determinados alimentos y aditivos alimentarios⁽²¹⁾ al suponer que la intolerancia a estas sustancias, mediada por mecanismos inmunológicos, podría ser la causa de algunos trastornos conductuales. Esta observación ha llevado a muchas familias y médicos a realizar múltiples ensayos de dietas restrictivas en niños con TDAH. Sin embargo, el análisis posterior de estos resultados indica un gran número de controvertidos factores de confusión. Estudios posteriores indican que la eficacia de este tipo de prácticas es muy limitado y no generalizable a todos los casos, por lo que no pueden ser considerados un estándar de tratamiento para el TDAH⁽²²⁾. Sólo en casos en que la observación sistemática haga sospe-

char un posible alergia o intolerancia y el ensayo de cambio dietético suponga un cambio clínico y funcionalmente significativo puede justificar, en casos concretos, la aplicación de este tipo de restricciones.

En los últimos años, algunos estudios han sugerido la posibilidad de suplementar la dieta de niños con TDAH con ácidos grasos poliinsaturados que podrían mejorar los niveles de atención y los síntomas de hiperactividad, ya que estos nutrientes tienen una importancia crucial en el desarrollo cerebral y el funcionamiento cognitivo. A pesar de prometedores estudios iniciales que han llevado a la comercialización de suplementos con Omega-3 y Omega-6 con indicación en TDAH, la evidencia actual parece insuficiente para demostrar una eficacia clínicamente relevante⁽²³⁾ que justifique un uso generalizado de estos suplementos. Es importante señalar que si bien la suplementación con Omega-3 y Omega-6 pudiera tener un leve efecto de mejoría, la única intervención con este tipo de medidas no supone por sí mismo, sin otro tipo de intervenciones, un tratamiento suficiente ni adecuado en pacientes con TDAH.

CONCLUSIONES

A lo largo de este artículo se han revisado algunas de las más importantes controversias en el campo del TDAH. Puede afirmarse que en el momento actual el diagnóstico de TDAH es un constructo válido aunque revisable, con una base etiológica multifactorial y no exenta de factores culturales que influyan en su presentación, interpretación y tratamiento. Igualmente se dispone de evidencia suficiente para afirmar que las intervenciones farmacológicas, psicológicas y especialmente los tratamientos multimodales pueden ser altamente eficaces.

Un adecuado diagnóstico y tratamiento en el TDAH requiere, por un lado de un adecuado grado de formación y conocimiento en el campo por parte del profesional y, por otro, de la disponibilidad de suficiente y adecuada

información al paciente y su familia. Estos requisitos permiten una elección de intervención adecuada y efectiva, libre de la influencia de falsos mitos y creencias, poco fundados en la evidencia disponible.

REFERENCIAS

1. Schrag P, Divoky D. **The myth of the hyperactive child and other means of child control.** New York: Pantheon Books; 1975.
2. Conrad P. **The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior.** *Social Problems.* 1975;23:12-21.
3. **Consensus Statement on ADHD.** *European child & adolescent psychiatry.* 2002; 11(2):96-8. Epub 2002/05/30.
4. Timimi S, Moncrieff J, Jureidini J, Leo J, Cohen D, Whitfield C, et al. **A critique of the international consensus statement on ADHD.** *Clinical child and family psychology review.* 2004; 7(1):59-63; discussion 5-9. Epub 2004/05/04.
5. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. **The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis.** *The American journal of psychiatry.* 2007;164(6):942-8. Epub 2007/06/02.
6. Angold A, Erkanli A, Egger HL, Costello EJ. **Stimulant treatment for children: a community perspective.** *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2000;39(8):975-84; discussion 84-94. Epub 2000/08/12.
7. Froehlich TE, Lanphear BP, Epstein JN, Barbaresi WJ, Katusic SK, Kahn RS. **Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children.** *Archives of pediatrics & adolescent medicine.* 2007;161(9):857-64. Epub 2007/09/05.
8. Parens E, Johnston J. **Facts, values, and attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an update on the controversies.** *Child and adolescent psychiatry and mental health.* 2009;3(1):1. Epub 2009/01/21.
9. Biederman J. **Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview.** *Biological psychiatry.* 2005;57(11):1215-20. Epub 2005/06/14.
10. Biederman J, Faraone SV. **Current concepts on the neurobiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.** *Journal of attention disorders.* 2002;6 Suppl 1:S7-16. Epub 2003/04/11.
11. Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E, Sonuga-Barke EJ, Jensen PS, Cantwell DP. **Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder.** *Lancet.* 1998;351(9100):429-33. Epub 1998/03/03.
12. Pelham WE, Jr., Fabiano GA. **Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder.** *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology,* American Psychological Association, Division 53. 2008;37(1):184-214. Epub 2008/04/30.
13. Loe IM, Feldman HM. **Academic and educational outcomes of children with ADHD.** *Journal of pediatric psychology.* 2007;32(6):643-54. Epub 2007/06/16.
14. **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.** *Archives of general psychiatry.* 1999;56(12):1073-86. Epub 1999/12/11.
15. Carey WB. **What the multimodal treatment study of children with attention deficit/hyperactivity disorder did and did not say about the use of methylphenidate for attention deficits.** *Pediatrics.* 2000;105(4 Pt 1):863-4. Epub 2000/04/01.
16. Pelham WE, Burrows-Maclean L, Gnagy EM, Fabiano GA, Coles EK, Tresco KE, et al. **Transdermal methylphenidate, behavioral, and combined treatment for children with ADHD.** *Experimental and clinical psychopharmacology.* 2005;13(2):111-26. Epub 2005/06/10.

17. Faraone SV, Biederman J, Morley CP, Spencer TJ. **Effect of stimulants on height and weight: a review of the literature.** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2008;47(9):994-1009. Epub 2008/06/27.
18. Rapport MD, Moffitt C. **Attention deficit/hyperactivity disorder and methylphenidate. A review of height/weight, cardiovascular, and somatic complaint side effects.** Clinical psychology review. 2002;22(8):1107-31. Epub 2002/11/20.
19. Spencer TJ, Faraone SV, Biederman J, Lerner M, Cooper KM, Zimmerman B. **Does prolonged therapy with a long-acting stimulant suppress growth in children with ADHD?** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2006;45(5):527-37. Epub 2006/05/04.
20. Wilens TE, Morrison NR. **The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Current opinion in psychiatry.** 2011;24(4):280-5. Epub 2011/04/13.
21. Jaine Robinson JR, Anne Ferguson AF. **Food sensitivity and the nervous system: hyperactivity, addiction and criminal behaviour.** Nutrition research reviews. 1992;5(1):203-23. Epub 1992/01/01.
22. Cruz NV, Bahna SL. **Do food or additives cause behavior disorders?** Pediatric annals. 2006;35(10):744-5, 8-54. Epub 2006/10/20.
23. Gillies D, Sinn J, Lad SS, Leach MJ, Ross MJ. **Polyunsaturated fatty acids (PUFA) for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents.** Cochrane Database Syst Rev. 2012;7:CD007986. Epub 2012/07/13.

Correspondencia: Yolanda Zapico Merallo
yolzap@gmail.com

INFORMES

OMS CARTA DE NAIROBI

7.th Global Conference on Health Promotion
Octubre 2009

MENSAJES CLAVES:

- Fortalecer liderazgos y fuerzas de trabajo
- Situar la promoción de la salud como línea central
- Empoderar comunidades e individuos
- Ampliar/Realzar los procesos participativos
- Construir y aplicar el conocimiento

1. INTRODUCCIÓN

Propósito

La Llamada a la Acción de Nairobi identifica estrategias y compromisos claves que se requieren para cerrar la brecha de implementación en salud y desarrollo a través de la promoción de la salud.

La promoción de la salud es una estrategia esencial para mejorar la salud y el bienestar y reducir las inequidades en salud y al efectuar eso, ayuda a lograrlas metas internacionales y nacionales de salud, por ejemplo, Las Metas de Desarrollo del Milenio. A través de implementar la promoción de la salud se crean sociedades más justas que permitan que las personas puedan llevar vidas que ellos mismos valoran, aumentando su control sobre su salud y los recursos necesarios para el bienestar.

Público

La Llamada a la Acción de Nairobi está dirigida a:

- La OMS y otros socios de las N.U.;
- Las organizaciones internacionales de desarrollo

- Los gobiernos, los políticos y los tomadores de decisiones políticas a todo nivel;
- Las organizaciones públicas, no gubernamentales y privadas;
- Los individuos, las familias, las comunidades y las redes sociales.

Proceso

La Llamada a la Acción de Nairobi fue desarrollada por los participantes en la 7.^a Conferencia Global en Promoción de la Salud, Nairobi, Kenya en octubre 2009 por la Organización Mundial de la Salud y el Gobierno de la República de Kenya.

Sobre 600 expertos de más de 100 países participaron, incluyendo Ministros de Salud, políticos, empleados públicos de altos cargos, trabajadores de salud, tomadores de decisiones políticas, investigadores, profesores y representantes comunitarios. Se complementaron con un número igual de participantes virtuales quienes se registraron en un nuevo sitio de redes sociales (www.connect2change.org). La Llamada para la Acción se desarrolló utilizando múltiples procesos participativos durante la reunión de 5 días y se complementó con un completo Informe de la Conferencia y una serie de documentos técnicos.

Antecedentes

La Llamada para la Acción responde a las aspiraciones de los Estados Miembros, refleja la visión de la declaración de Alma Ata y apoya las recomendaciones de la Comisión de los Determinantes Sociales de Salud de la OMS.

La Llamada reafirma los valores, los principios y las estrategias de acción de promoción de la salud codificados en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud 1986 y en las conferencias globales¹ subsecuentes, incluyendo la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado 2005, que han sido confirmados por los Estados Miembros a través de la Asamblea Mundial de Salud.

La promoción de la salud ha demostrado su efectividad y una devolución de la inversión en los niveles locales, regionales nacionales e internacionales. A pesar de que muchos de los desafíos que llevaron a desarrollarse la promoción de la salud aun siguen siendo los mismos, nuevas amenazas continúan emergiendo o aumentan rápidamente.

La promoción de la salud puede contribuir en gran medida al manejo de los desafíos actuales de desarrollo y equidad. Sin embargo existe una brecha de implementación resultando en un fracaso para llevar a cabo esta potencial política, práctica, gobernabilidad y voluntad política. Esto representa una oportunidad perdida, medida en enfermedades evitables y en sufrimiento como también en los impactos sociales y económicos más amplios.

1. Adelaide Australia 1988, Sundsvall Suecia 1991, Jakarta Indonesia 1997, Ciudad de México, México 2000, Bangkok 2005.

2. COMPROMISO GLOBAL

Nosotros, los participantes de la 7ª Conferencia Global de Promoción de la Salud, reconociendo el contexto cambiante y los desafíos serios, llamamos a todos los grupos de interés a responder con urgencia a esta Llamada a la Acción y a las estrategias y acciones señaladas a continuación.

Utilizar el potencial no explotado de promoción de la salud

Nosotros como defensores, prometemos:

- Utilizar la evidencia existente para convencer a los tomadores de decisiones políticas que la promoción de la salud es fundamental para resolver los desafíos nacionales y globales tales como cambio climático, amenazas globales de pandemia y crisis económicas;
- Renovar la atención primaria de salud fomentando la participación comunitaria, políticas públicas saludables y colocando a las personas en el centro de la atención;
- Construir sobre la resiliencia de las comunidades y aprovechar sus recursos para abocarse a la doble carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles (crónicas).

Integrar los principios de promoción de la salud en la agenda política y de desarrollo

Llamamos a los gobiernos que trabajan intersectorialmente y en alianzas con los ciudadanos a:

- Promover la justicia social y la equidad en salud implementando las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS;
- Acelerar el logro de las metas de desarrollo nacionales e internacionales construyendo y redistribuyendo recursos para fortalecer la capacidad y el liderazgo en promoción de la salud;
- Tener y demostrar la responsabilidad de mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas.

Desarrollar mecanismos efectivos de entrega

Solicitamos a los Estados Miembros que autoricen/instruyan a la OMS a:

- Desarrollar una Estrategia Global de Promoción de la Salud y planes de acción que respondan a las principales necesidades de salud e incorporar intervenciones costoefectivas y equitativas
- Fortalecer su capacidad interna en promoción de la salud y ayudar a los Estados Miembros a desarrollar estructuras financiadas sustentablemente y establecer mecanismos informativos responsables para inversiones en promoción de la salud.

- Difundir evidencia convincente/imperiosa en relación a los beneficios sociales económicos de salud y otros de la promoción de la salud a los sectores claves.

3. ESTRATEGIAS Y ACCIONES

Las siguientes estrategias y acciones se presentan dentro de los cinco sub temas de la Conferencia: capacitación en promoción de la salud de la salud, fortalecimiento de los sistemas de salud, alianzas y acción intersectorial, empoderamiento comunitario, alfabetismo en salud y conductas en salud. **Las acciones a través de los subtemas se complementan.**

CONSTRUYENDO CAPACIDADES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Es fundamental construir una infraestructura sustentable y desarrollar la capacitación en todos los niveles para cerrar las brechas en la implementación.

Acciones que constituyen la diferencia

Fortalecer liderazgo

a través del establecimiento de buena gobernabilidad en relación a la integridad, transparencia y responsabilidad (accountability),

a través del desarrollo de los individuos y de las instituciones para crear una infraestructura sustentable de promoción de la salud,

a través de la construcción de habilidades en abogacía y administración para abordar/abocar los determinantes de salud.

Lograr financiamiento adecuado

a través el establecimiento de un financiamiento estable y sustentable para promoción de la salud en todos los niveles y palanqueando financiamientos desde programas de donantes sectoriales, bi laterales y multilaterales.

Aumentar una base de habilidades para los promotores de la salud (profesionales, técnicos,etc)

a través de una reorientación de la comprensión y las habilidades de promoción de la salud para los trabajadores actuales de salud,

a través de la provisión de estructuras e incentivos para capacitarse, mantener y conservar las capacidades de promoción de la salud cruzando todo el sistema de salud y los otros sectores que tienen impacto sobre la salud,

a través de establecer competencias de acreditación y estándares de promoción de la salud y revisando los curriculum formativos de profesionales de salud y otros relacionado con salud para que se incluya promoción de la salud en su formación,

a través del establecimiento y/o fortalecimiento de las instituciones para implementar la capacitación sistemática con el fin de desarrollar una masa crítica de promotores de la salud que sean capaces de desempeñarse de acuerdo a las competencias especificadas,

a través de asegurar una difusión oportuna y exacta de la información y de los recursos para la preparación y respuesta frente a emergencias y epidemias,

a través de la expansión y fortalecimiento de los Centros de Colaboración para Promoción de la Salud de la OMS en todas las regiones para reflejar las necesidades emergentes y no satisfechas.

Realzar/Mejorar/ Ampliar los abordajes a través de todo el sistema

a través de la evaluación de la capacidad nacional para promoción de la salud utilizando herramientas y métodos validados como un proceso rutinario para mejorar la calidad,

a través del desarrollo, adaptación y aplicación de las herramientas y métodos que mejoran la calidad para asegurar efectividad y sustentabilidad de las intervenciones en todos los niveles.

Mejorar el desempeño de la gestión

a través del fortalecimiento de los sistemas de información para fijar el punto de referencia y monitorear la implementación de promoción de la salud en relación a las políticas, procesos y resultados,

a través de la inserción de los determinantes de salud y equidad y factores de riesgo en los sistemas actuales de vigilancia, monitoreo y evaluación.

FORTALECIMIENTO LOS SISTEMAS DE SALUD

Para que las intervenciones de promoción de la salud sean sustentables, ellas deben estar insertas en los sistemas de salud que apoyan la equidad en salud y cumplir con altos estándares de desempeño. Integrar la promoción de la salud en todas las funciones de los sistemas de salud y en todos los niveles, mejora el desempeño global de éstos.

Acciones que marcan/constituyen la diferencia

Fortalecer liderazgo

a través del hecho que los gobiernos aboguen por la promoción de la salud en todos los sectores y ámbitos, apoyando a la acción intersectorial e interdisciplinaria, incluyendo las oportunidades de la regulación y la legislación,

asegurando la participación comunitaria en la gobernabilidad de los sistemas de salud en todos los niveles Implementar una nueva política por la integración sistemática de promoción de la salud a través de todo el continuo de la atención en salud y de otros servicios sociales y comunitarias durante todo el ciclo vital,

a través de asegurar que la promoción de la salud esté incluida en forma dominante en los programas prioritarios como VIH/SIDA, malaria, tuberculosis, salud mental, maternal e infantil, violencia y lesiones, enfermedades tropicales descuidadas/ dejado de lado y enfermedades crónicas emergentes como diabetes,

a través del uso de objetivos, medidas de calidad e incentivos para una promoción de la salud sistemática y sustentable.

Asegurando acceso universal

a través de la insistencia de que los servicios de salud provean información accesible e integral/completo en relación a promoción de la salud y servicios para la gente que esté apropiado cultural y lingüísticamente, de acuerdo a la edad, género y habilidad de las personas incluyendo grupos marginados.

a través de abocar las barreras financieras y otras barreras de recursos con abordajes innovadores.

Construir y aplicar una base de evidencias

a través de la inversión en investigación y evaluación y su difusión para aumentar la adopción de mejores prácticas en promoción de la salud,

a través del establecimiento de bases de data, incluyendo centros de intercambio de información en relación a investigación de evidencias y mecanismos de respuestas rápidas para satisfacer las necesidades de las personas que toman decisiones políticas para formular políticas y tomar las decisiones con la información sobre las evidencias.

ALIANZAS Y ACCIÓN INTERSECTORIAL

Para abocar efectivamente los determinantes de salud y lograr equidad en salud se requiere de acciones y alianzas que van más allá del sector salud.

acciones que marcan/constituyen la diferencia

Fortalecer liderazgo

a través de la negociación y la adopción de metas y objetivos compartidos y trabajando hacia resultados comunes cruzando todos los sectores e instituciones.

asegurando que el sector y privado y otros actores acepten sus responsabilidades para salvaguardar y promover la salud de sus clientes y comunidades.

Implementar una nueva política

a través del desarrollo de un impulso político y un liderazgo para la salud en todas las políticas y ámbitos.

a través de la inclusión en forma prioritaria/dominante la promoción de la salud y determinantes sociales en los abordajes de salud a través de todas las políticas, programas

y agendas de investigación con un foco en equidad en salud, asegurando una planificación integrada, capacitación y asignación de recursos,

a través de la creación una Alianza Africana de Promoción de la Salud funcional inter-gubernamental para establecer una visión y una agenda para promoción de la salud y abogar y movilizar recursos en la región para sus logros. Una tarea inicial sería conducir conferencias regionales de promoción de la salud cada dos años.

Mejorar/ampliar implementación

a través del desarrollo y/o la adaptación al contexto del país, las herramientas, los mecanismos y las capacidades para crear oportunidades en los niveles locales, regionales y nacionales para la acción intersectorial en equidad en salud.

siendo proactivo y estableciendo alianzas con los medios en forma informativa y con apoyo mutuo.

a través del estímulo de un rol de modelaje de celebridades creíbles en relación a estilos de vida saludables, por ejemplo, programas de promoción de la salud de deportes con participación de embajadores.

a través de la ayuda a la sociedad civil para desarrollar abordajes comunes para maximizar sus esfuerzos.

a través de la utilización de las oportunidades de «eventos masivos» para la promoción de la salud tales como la Copa Mundial de Fútbol en 2010 en Sur África.

Construir y aplicar la base de evidencias

a través del desarrollo y la incorporación de indicadores de equidad en los análisis e informando de ello a todos los sectores y ámbitos.

a través de la identificación de los factores críticos de las iniciativas exitosas que apoyan el aumento (de acuerdo a una razón fijada) de tales experiencias.

EMPODERAMIENTO COMUNITARIO

Las comunidades deberán compartir el poder, los recursos y la toma de decisiones para asegurar y sostener las condiciones para la equidad en salud.

Acciones que marcan/constituyen la diferencia

Facilitar la propiedad comunitaria

escuchando y comenzando la planificación y la acción con las opiniones y las aspiraciones de la comunidad.

a través del reconocimiento y la apreciación de las culturas indígenas y los caminos

tradicionales para empoderar a las comunidades que son concordantes con los derechos humanos,

asegurando una participación significativa y equitativa y un control de la agenda de toma de decisiones entre todos los grupos, incluyendo aquellos que sufren la exclusión social, económica o política,

involucrando a personas con entusiasmo, personas con poder y personas que tienen influencias en las relaciones de cambios y para lograr mejoras,

a través de la capacitación de la comunidad durante la implementación, el monitoreo y la evaluación,

Desarrollar recursos sustentables

a través del establecimiento de mecanismos de financiamiento que aseguren respuestas coordinadas, integradas y holísticas a las metas determinadas por la comunidad durante un marco de tiempo prolongado.

Construir y aplicar la base de evidencias

a través de la inclusión de narrativas y evidencia empírica de éxito y lecciones aprendidas.

a través de la incorporación de sistemas de conocimiento de los pueblos indígenas al currículum planificado y dar prioridad a su aplicación.

ALFABETIZACIÓN Y COMPORTAMIENTO EN SALUD

La alfabetización básica es componente esencial para el desarrollo y la promoción de la salud. Las intervenciones de alfabetismo en salud deben diseñarse basadas en necesidades sociales, culturales y de salud.

Acciones que marcan/constituyen la diferencia

Apoyar el empoderamiento

a través de la construcción en los recursos y redes comunitarios existentes para asegurar la sustentabilidad y realzar/ampliar la participación comunitaria,

a través del diseño de intervenciones de alfabetismo en salud basadas en las necesidades y prioridades comunitarias en su contexto político, social y cultural,

asegurando que las comunidades puedan actuar de acuerdo a los conocimiento adquiridos y abocarse a cualquiera barrera existente que impida esa acción.

Comprender/adoptar tecnologías de información y comunicación (ICT)

a través de la formulación de un marco estratégico en ICT con el fin de mejorar en forma equitativa el alfabetismo en salud

asegurando que las políticas públicas aumenten el acceso a ICT a través de una cobertura más amplia en áreas alejadas y sub abastecidas,

a través de la capacitación en ICT de los profesionales de salud y las comunidades y maximizar el uso de herramientas disponibles de ICT.

Construir y aplicar la base de evidencias

a través del desarrollo de un set esencial de indicadores y herramientas de alfabetismo en salud basado en evidencias y basados en constructos y conceptos relevantes para la salud utilizando métodos cuanti y cualitativos,

a través de peritaje y monitoreo de los niveles alfabetismo en salud de individuos y comunidades,

a través del establecimiento de un sistema para monitorear, evaluar, documentar y difundir las intervenciones de alfabetismo en salud.

Nota del Dpto Promoción MINSAL CHILE sobre la traducción de «HEALTH LITERACY»

La alfabetización para la salud está constituida por las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena *salud*.

Es el grado de la capacidad que tienen las personas para obtener, procesar y comprender información básica de salud o de los servicios necesaria para tomar decisiones apropiadas. Emerge por una convergencia de servicios educacionales de salud y factores socio culturales.

REUNIONES CIENTÍFICAS

- **XX Jornadas Escuela Española de Psicoterapia**
3-4 abril 2014
Madrid (España)
www.escueladepsicoterapia.org
- **XXIII Congreso Nacional de la sociedad de psiquiatría legal**
2-4 abril 2014
Valencia (España)
www.psiquiatrialegal2014.org
- **IV Jornadas Internacionales de Atención Integral a la Psicosis**
16-17 mayo 2014
Badalona (Barcelona-España)
www.rocaipi.cat
- **Congreso Internacional of Royal College of Psychiatrists**
24-27 junio 2014
Londres (UK)
www.rcpsych.ac.uk
- **XVI Congreso Mundial de Psiquiatría**
14-18 septiembre 2014
Madrid (España)
www.wpamadrid2014.com



CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 11 - Núm. 1 - 2012

ARTÍCULOS ORIGINALES

La Red de Salud Mental y de Adicciones del Institut d'Assistència Sanitària (IAS) de Girona: una visión desde la gestión	
<i>Jordi Cid, Claudi Camps, Margarita de Castro, Lluís Franch</i>	9

Los Centros de Salud Mental en la XSM-IAS de Girona	
<i>Agustí Camino Vallhonrat, Marifé Martín Pérez, Javier Merino Aguado</i>	23

Programa de Soporte de Salud Mental al Equipo de Atención Primaria	
<i>Montserrat Gibernau, Pilar González, Ignacio Pascual</i>	41

El programa de atención temprana a la psicosis de la red de salud mental de las comarcas de Girona	
<i>Equipo de Programa PAE-TPI XSM-IAS</i>	49

Hospital de Día de la XSM-IAS: Adultos e Infanto-Juvenil	
<i>E. García Núñez, D. Serrano López, Glòria Trafach</i>	67

Urgencia y Hospitalización Psiquiátrica en coordinación con la atención comunitaria	
<i>Jordi Font, Domenech Serrano, Marta Font, Raúl Otín</i>	79

Rehabilitación psicosocial hospitalaria: cambios ante las nuevas demandas	
<i>Cristina Gisbert, Isabel Mitjà, Pilar Oliveras, Eduard Fernández</i>	93

Una integración comunitaria adecuada: habilidades, trabajo, familia, recursos residenciales y tutela	
<i>Eduard Palomer Roca, Susanna Masnou Barrera, Rosa García Villalba</i>	107

INFORMES

El consenso de Panamá	121
------------------------------------	-----

RESEÑAS

Antología de textos clásicos de la psiquiatría latinoamericana	
<i>Sergio J. Villaseñor Bayardo, Carlos Rojas Malpica y Jean Garrabé de Lara</i>	123

NOTICIAS BREVES	127
REUNIONES CIENTÍFICAS	129
NORMAS DE PUBLICACIÓN	137

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de “**La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.**” (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un “Curso de Psiquiatría y Salud Mental”.
- Publicación de un **Boletín Informativo** de carácter trimestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Publicación de la revista monográfica “**Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria**” de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- **Premio “Julia Menendez de Llano”** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental**.
- Actos con motivo del “**Día Mundial de la Salud Mental**” que se celebra el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

asociación asturiana de Neuropsiquiatría y salud Mental
aenasturias@hotmail.com
www.aen.es

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental)

Nombre 1º Apellido
 2º Apellido
 profesional de la Salud Mental, con título de
 que desempeña en (centro de trabajo)
 y con domicilio en c/
 Población D. P. Provincia
 Tel. e-mail

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, para lo cual es propuesto por los miembros:

D.

D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de asociado.

Nombre 1º Apellido
 2º Apellido
 Dirección
 BANCO/CAJA DE AHORROS
 N.º CUENTA IBAN

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquella con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. Primera página, que incluirá por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índex Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

3. Texto, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

3. 1. Introducción: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

3. 2. Sujetos (pacientes, material) y métodos: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

3. 4. Resultados: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

3. 4. Discusión: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

4. Agradecimientos: en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

5. Referencias bibliográficas (normas Vancouver): se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número, se añadirá et al., poniendo el (los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto final, antes de pasar al título.

6. Tablas y figuras: presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábicas (tabla x, figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicaciones en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

