



Niños con TDAH, ¿sólo traviesos?

La hiperactividad no es una nueva patología, pero cada vez interesa más a los pediatras

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una patología que afecta a una población comprendida entre el 3 y 10% de los niños. Su desconocimiento hasta hace unos años ha provocado que el TDAH esté infra-diagnosticado y, por lo tanto, mal tratado. Sin embargo, los pediatras, neurólogos y psiquiatras están cada vez más interesados en una patología que exige un diagnóstico precoz y el trabajo conjunto de sanitarios, profesores y padres.

Gema Martín

Hace tan sólo unos meses, Pablo era un niño de 10 años problemático, despistado, agresivo, inquieto y con problemas de aprendizaje. Hoy, un especialista le ha diagnosticado y ya forma parte de ese porcentaje de niños españoles comprendidos entre el 3% y el 10% de la población infantil afectados por el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Desde que sus padres acudieron a su pediatra hasta que fue diagnosticado han pasado 2 años, algo más de los 1,6 de media estimados en España, según una encuesta internacional elaborada por la Federación Mundial de Salud

Mental. Su edad (casi 11 años) tampoco era la más adecuada para facilitar un buen tratamiento y pronóstico de la enfermedad y, en ningún caso, entraba dentro de lo que los expertos llamarían una detección precoz. Y ello a pesar de que sus padres y su pediatra eran conscientes de los síntomas, que comenzaron antes de los 6 años. Sin embargo, siguiendo los criterios actuales de la Academia Americana de Psiquiatría, los expertos estiman que en la etapa preescolar no puede emitirse ningún diagnóstico, pero sí se puede poner en conocimiento del pediatra y de los profesores que existe este problema y que es conveniente comenzar a atajarlo.

La terapia propuesta por el psiquiatra infantil para Pablo (el TDAH también es tratado habitualmente por el neurólogo infantil y el neuropediatra) es la recomendada en todas las guías de las sociedades científicas de Psiquiatría: medicamentos, terapia cognitiva y apoyo psicológico y conductual. El problema es el acceso a los recursos necesarios para implantar el tratamiento y la falta de ayuda con que se encuentran los padres: no todos los colegios hacen adaptaciones curriculares para satisfacer las necesidades educativas de estos niños; la terapia cognitiva y el apoyo psicológico han de buscarse en instituciones privadas y el tratamiento farmacológico es caro. Para ilustrar el coste económico que supone esta enfermedad para una familia basta un ejemplo: los padres de Pablo gastan al año en medicamentos más de 300 euros; en clases de terapia cognitiva cerca de 3.000 y en consultas psicológicas, unos 1.500 euros. Y eso, contando con que el niño resida en una ciudad que le ofrezca estos servicios.

Pero esto es sólo el coste económico de un trastorno infantil que genera confusión, ansiedad y depresión en los padres, además de muchas dificultades para el correcto funcionamiento de las actividades familiares cotidianas. “El gran drama es la escasez de recursos públicos para tratar a estos niños. No existen ayudas —dice Isabel Rubió, presidenta de la Fundación Arana—, ni desde el ámbito sanitario ni desde el educativo, y la Administración no asume ese papel y presenta muchas carencias que intentan suplir las asociaciones de padres y otras organizaciones sin ánimo de lucro”. Según la presidenta de esta fundación, que nació en 1997 con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas con TDAH, para la Administración

La hiperactividad es un trastorno infantil que, además de un importante coste económico, genera confusión, ansiedad, depresión y elevados gastos económicos y sociales en los padres, y muchas dificultades para el correcto funcionamiento de las actividades familiares cotidianas

Tabla 1. PROBLEMAS DERIVADOS DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

RETRASOS EN HABILIDADES COGNITIVAS:

1. Ausencia, reducción o retraso de verbalizaciones internas o “discurso privado”
2. Dificultades para pararse a pensar antes de actuar, esperar su turno, trabajar por recompensa a largo plazo en lugar de inmediatas
3. Se muestran poco hábiles a la hora de pensar alternativas para resolver problemas, resolviéndolos de forma rápida y poco reflexiva

DEFICIENCIAS EN EL CONTROL DE LAS EMOCIONES:

1. Dificultades para ejercer control sobre la intensidad de sus reacciones emocionales, son rápidamente alterables y fácilmente frustrables por los acontecimientos
2. Dificultad para encontrar motivación intrínseca que le ayude a realizar tareas poco atractivas o sin recompensa inmediata

DEFICIENCIAS DE MEMORIA

Su déficit de atención hace que no reciba y no almacene la información adecuadamente, la recuperación por tanto es inadecuada

VARIABILIDAD TEMPORAL

Variabilidad en la calidad, cantidad y rapidez de su trabajo de un día a otro

PROBLEMAS DE RENDIMIENTO ESCOLAR

Aprendizajes incompletos o incorrectos de habilidades básicas para un buen rendimiento académico como la lectura comprensiva, acumulando retrasos que pueden conducir sin ayuda a un fracaso escolar

Fuente: Déficit de Atención e Hiperactividad en el niño y adolescente. Alfonso Lora. Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía

sería más eficiente “costear el tratamiento adecuado para un niño hiperactivo antes que paliar el problema cuando ya existe un trastorno de conducta o un joven con depresión profunda”.

¿Una nueva patología?

Sin embargo y a pesar del desconocimiento social, el infradiagnóstico y el aparente desinterés de la Administración por una patología a la que apenas dedica recursos públicos, el TDAH no es una enfermedad nueva. Fue descrita por primera vez por Hoffman en 1865. En los años 60 se define el síndrome del niño hiperactivo y más recientemente se detectó el déficit de atención.

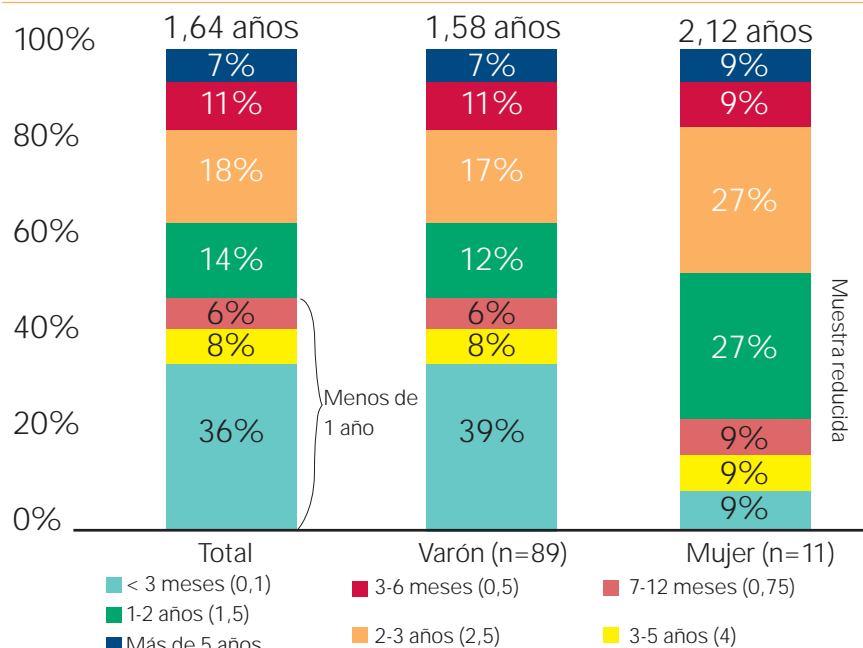
El TDAH es un trastorno psicopatológico con una base biológica, que aparece en edades inferiores a los 7 años de edad y que se caracteriza por tres elementos: el déficit de atención, la conducta hiperactiva y la impulsivi-

dad. Estos síntomas dan lugar a los tipos de trastorno, un tema que ahora se encuentra en plena discusión, porque los expertos hablan de dos o tres subtipos: el que se caracteriza por el predominio del déficit de atención; el subtipo con predominio de hiperactividad e impulsividad y el combinado. Para Julián Vaquerizo, neuropediatra del Hospital Materno-infantil de Badajoz, hay dos subtipos: el combinado y aquél en el que predomina el déficit de atención. La explicación es que “en las diferentes etapas de la vida va variando la sintomatología según el nivel de desarrollo cerebral”, dice Vaquerizo.

En cuanto a la etiología de la enfermedad, “está claro que hay una causa genética”, asegura este neuropediatra, que maneja una estadística basada en los datos de su unidad hospitalaria. Y según éstos, cerca del 70% de los niños tiene algún antecedente en primer o segundo grado de hiperactividad. “Está demostrado que hay unos genes [los genes transportadores de la dopamina, que involucran al cromosoma 11 y al cromosoma 5], que están directamente implicados en la fisiopatología del trastorno”, añade.

Independientemente de esta causa, hay unos factores ambientales o de tipo sociofamiliar que influyen en la evolución de la patología, como los modelos

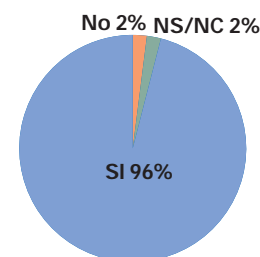
Figura 1. TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA OBTENER EL DIAGNÓSTICO DEL TDAH DESDE QUE LOS PADRES BUSCAN AYUDA



Fuente: Convivir con el TDAH. Desafíos y Esperanzas: una encuesta internacional. 2004

Figura 2. POSIBILIDAD DE INCLUIR MEDICACIÓN EN EL TRATAMIENTO SI ASÍ LO DECIDEN LOS PADRES

Una abrumadora mayoría opina que sus hijos deben tener la oportunidad de incluir medicación en el tratamiento. Opinan del mismo modo aquellos padres cuyos hijos han recibido medicación por parte de un profesional sanitario



familiar y educativo a los que se haya expuesto al niño. El TDAH no se presenta solo, sino que va asociado a otros trastornos que, al ser fácilmente confundidos en las primeras etapas de la vida del niño con el propio síndrome, pueden dificultar el diagnóstico. El más frecuente es el trastorno posicional desafiante, cuyos síntomas (actitudes desafiantes, de negativismo o enfrentamiento) se solapan con los de la hiperactividad.

Aparte de esto se encuentran los habituales problemas de ansiedad y de baja autoestima y los trastornos del aprendizaje. Y es que un tercio de los niños con TDAH tiene problemas de aprendizaje, algo que ya se puede observar desde la etapa preescolar, puesto que el niño, en estos casos, tiene torpeza motora y problemas en el desarrollo del lenguaje. “La torpeza motora puede ser un signo de alerta de problemas de aprendizaje; por eso, si somos capaces de detectarla precozmente en los controles de salud del niño sano, avisa con mucho tiempo de antelación de que la hiperactividad puede aparecer”, señala Vaquerizo.

Los trastornos psicolingüísticos son la principal alteración del aprendizaje en niños con TDAH. Por eso, la dislexia se asocia con mucha frecuencia a la

hiperactividad: entre un 20% y un 30% de los casos. En definitiva, la dislexia, aunque no se puede definir como un rasgo primario de la hiperactividad, sí afecta a muchos de estos niños, que presentan problemas específicos de lecto-escritura.

Diagnosticar precozmente

Pero si hay algo en lo que insisten los expertos es en fomentar el diagnóstico precoz. En la actualidad, la edad media de diagnóstico en España está en torno a los 8 años, una cifra que los médicos esperan rebajar. La sospecha de TDAH generalmente se realiza por los padres o los educadores que han de remitir el niño a su pediatra.

Según un estudio de la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía, realizado por Alfonso Lora, las áreas claves a estudiar por este profesional son: ¿cumplen los síntomas los criterios diagnósticos del TDAH? y ¿qué severidad tiene el problema? Para ello, se realizará una historia clínica detallada para conocer los síntomas, los antecedentes personales y familiares y realizar una valoración de las relaciones familiares y sociales. Además, el pediatra realiza un examen clínico que incluye una inspección para descartar anomalías físicas que sugieran altera-

ciones genéticas; una exploración de visión y audición y otra neurológica y, finalmente, una valoración de posibles contraindicaciones del tratamiento farmacológico. Según Lora, el diagnóstico de hiperactividad es clínico, por lo que no existe ninguna exploración complementaria específica. No obstante, el pediatra de AP puede valorar la necesidad de solicitar una resonancia magnética, una analítica o una tomografía. Además, es recomendable realizar un electrocardiograma, una valoración del cociente intelectual y otra educativa y un electroencefalograma.

En Primaria se detectan bastantes casos, como recuerda Javier Soriano, miembro del Grupo PAPPS-Infancia de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC). Sin embargo, según dice, “a veces, se puede confundir al niño hiperactivo con un niño mal socializado o desafiante”. A su juicio, el diagnóstico definitivo debe realizarlo el especialista. A tenor de sus datos sobre la confirmación del diagnóstico, “aproximadamente la mitad de los niños que se remiten al especialista desde Primaria son hiperactivos”.

De cualquier forma, los pediatras ya tienen “sospechas” desde los 3 ó 4 años de edad, porque “son los médicos los

que tienen un contacto más directo con estos niños desde que nacen. Lo que ocurre es que el diagnóstico no se puede realizar hasta los 6 años". A su juicio, la nueva Pediatría, más interesada por los trastornos de comportamiento, está ayudando al diagnóstico precoz de esta enfermedad, "aunque es cierto que algunos psiquiatras y neurólogos todavía creen que los pediatras derivan tarde a estos niños". De la misma opinión es Julián Vaquerizo, quien considera que los pediatras de Primaria deben ser los coordinadores, porque son las personas responsables de la salud del niño. "Lo que ocurre es que en España no existe la figura del pediatra del desarrollo, que sí hay en otros países de Europa y en EEUU".

El médico de AP, el coordinador

Sin embargo, al igual que Soriano, opina que "hay ya muchos médicos interesados en este tema y también neuropediatras que se dedican a la Pediatría de la Educación". Por eso, siguiendo el modelo inglés, Vaquerizo cree que el pediatra debería servir de coordinador de los recursos que hay en el sistema educativo, advertir las primeras señales de alerta, diseñar programas de detección precoz en los controles de salud escolar y del niño sano y hacer la coordinación con los servicios especializados de Neuropediatría, Psiquiatría Infantil y Psicología. Al mismo tiempo, es importante que disponga de más conocimiento sobre el uso de fármacos y realice un seguimiento del tratamiento farmacológico y del niño.

De cualquier forma, es el especialista el que debe hacer el diagnóstico diferencial, por lo que el pediatra deberá remitir al niño a un psicólogo, un psiquiatra o un neurólogo, dependiendo

del análisis y la evolución de cada caso. Para Julián Vaquerizo, el especialista más idóneo es aquél que tenga una adecuada formación neurobiológica y en Pediatría del Desarrollo. "Hay que tener en cuenta que estamos hablando de una patología que se extiende desde la etapa preescolar hasta la adulta", aclara. Pero según dice, si se habla específicamente de la infancia, un médico con formación en Pediatría de la Educación puede perfectamente controlar al niño, siempre con el apoyo del neurólogo y otros profesionales del ámbito educativo. De cualquier forma, generalmente, el eje de todo el seguimiento es el neuropediatra.

En lo que se refiere al tratamiento, todos los especialistas coinciden en destacar que los medicamentos son sólo uno de los pilares de la terapia que han de recibir estos niños. "Para tratar la inatención utilizamos psicoestimulantes, en concreto el metilfenidato, que está disponible en forma de liberación retardada o inmediata. Luego, para casos puntuales de trastorno desafiante, podemos optar por fármacos como la risperidona y otro grupo de psicolépticos y neurolépticos. Y, además, para comorbilidades que muchos niños presentan paralelamente, como ansiedad o trastornos depresivos secundarios, el psiquiatra utiliza antidepressivos o ansiolíticos que pueden ser muy eficaces como complemento al tratamiento", explica Vaquerizo.

Sin embargo, como reconoce Javier Soriano, el problema del tratamiento farmacológico no es el incumplimiento, sino que los padres decidan comenzarlo. "No podemos olvidar que estamos hablando de fármacos psicoestimulantes, muy estigmatizados en España; por eso, los padres se resisten

El pediatra debería advertir las señales de alerta, diseñar programas de detección precoz y ejercer de coordinador entre el neuropediatra, el psiquiatra infantil, el psicólogo y los profesores

a iniciar la medicación. No obstante, una vez que conseguimos iniciar el tratamiento farmacológico, como la respuesta es casi inmediata los padres lo cumplen perfectamente", añade.

De cualquier forma, "no se puede olvidar que el tratamiento no consiste en dar al niño una pastilla y enviarlo al colegio, sino que implica la combinación del apoyo farmacológico con técnicas de rehabilitación cognitiva para tratar la atención y la memoria de trabajo, es decir, lo que se llama el 'síndrome disejecutivo', que es lo que, en realidad, repercute en el ámbito académico del niño y trastorna su aprendizaje", apunta Vaquerizo. Y, según dice, la tercera pata de este tratamiento son las medidas de apoyo conductual.

Como ejemplo del éxito de esta terapia 'global', este neuropediatra menciona el estudio multimodal MTA (un consenso europeo y americano) que muestra que la mayor eficacia se consigue combinando la terapia farmacológica con la educativa. "De nada sirve medicar a un niño si no se le ofrece luego una rehabilitación neurocognitiva y estrategias de modificación de la conducta y autocontrol", concluye.]

¿Quién ayuda a las familias a asumir estos costes?

El TDAH supone un importante gasto para los afectados y sus familias, aunque en España no existen estudios al respecto. No así en Estados Unidos, donde diversos trabajos han analizado cuál es la repercusión 'en números' de esta afección. En uno de ellos (*Pharmacoeconomics* 2003;21(17):1239-62) se hizo un análisis de los recursos que se destinan al TDAH, tanto los médicos como los farmacológicos. Las conclusiones evidencian que los costes que generan los jóvenes con TDAH son el doble de los que se atribuyen a jóvenes que no padecen esta afección. El objetivo de otro estudio, publicado en *Journal of Adolescent Health* en octubre de 2004, fue proporcionar una estimación de los costes de la enfermedad en Estados Unidos, tomando en consideración los gastos sanitarios y los derivados de las bajas laborales de los afectados y sus familiares. El trabajo concluyó que el coste total de TDAH en este país en 2000 era de 31.000 millones de dólares. De ellos, 1.600 eran costes del tratamiento; 12.100 se atribuían a otros gastos sanitarios de la enfermedad; 14.200 eran generados por los familiares; y 3.700 era la suma de pérdidas de días de trabajo de adultos con TDHA y de sus familiares.