

# Diagnóstico y tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad

Institutos Nacionales de Salud (INS)

## Recomendación de Consenso de la Conferencia de Desarrollo

## Resumen

### *Objetivo*

Las Recomendaciones de Consenso de los INS (NIH Consensus statements) y las recomendaciones del Estado de la Ciencia (conocida antiguamente como las declaraciones de valoración tecnológica) están preparados por un panel independiente y no perteneciente a los Servicios Humanitarios y de Salud, y se basan en (1) presentaciones de investigadores que trabajan en áreas relevantes para las cuestiones del consenso durante una sesión pública de 2 días; (2) cuestiones y opiniones de asistentes al congreso durante los periodos de sesiones abiertas que son parte de la sesión pública; y (3) deliberaciones del grupo durante el resto del segundo día y la mañana del tercero. Esta declaración constituye un informe independiente del panel y no representa una toma de postura oficial del NIH o del Gobierno Federal.

Esta recomendación refleja la valoración del grupo del conocimiento médico disponible en el momento en que se redactó. Por tanto proporciona una “foto del momento” sobre los conocimientos actuales del tema del congreso. Tenga presente cuando lea esta recomendación que por medio de la investigación médica se van acumulando, de forma inevitable, nuevos conocimientos.

El objetivo de esta Recomendación del Consenso de los INS es el de informar a los investigadores biomédicos y a las comunidades de práctica clínica de los resultados del Congreso para el Desarrollo del Consenso de las INS sobre el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDHA). Este documento proporciona la información más actual en relación con los tratamientos efectivos del TDHA y presenta las recomendaciones y conclusiones del grupo de consenso respecto a este tema. Además, esta recomendación identifica aquellas áreas de estudio que merecen más investigación. Al finalizar esta actividad educativa, el lector debe poseer un claro conocimiento clínico práctico sobre lo más actual en relación con este tema. Los médicos a los que se dirige esta recomendación son, aunque no se limita a ellos, psiquiatras, médicos de familia, pediatras, internistas, neurólogos, psicólogos y médicos especialistas en conducta.

### *Participantes*

Los participantes fueron 13 miembros del panel, no Federales, independientes, representantes de las especialidades de psicología, psiquiatría, epidemiología, bioestadística, educación y público. Además, 31 expertos de estas especialidades presentaron datos al panel y a los 1215 asistentes al congreso.

### *Evidencia*

Se busco la literatura utilizando Medline y se proporcionaron al panel y a la audiencia numerosas referencias bibliográficas. Los expertos prepararon resúmenes con citas relevantes de la literatura. Las evidencias científicas se pusieron por delante de las anécdotas de la experiencia clínica.

### *Proceso de consenso*

El panel, respondiendo cuestiones predefinidas desarrolló sus conclusiones basadas en las evidencias científicas presentadas en un foro abierto y en la literatura científica. El panel compuso un borrador de declaración que se leyó entero y se proporcionó a los expertos y a la audiencia para su comentario. Posteriormente, el panel resolvió las cuestiones conflictivas y libró una declaración revisada al final del congreso. El borrador de la declaración estuvo disponible en la web inmediatamente después de ser entregado en el congreso y se actualizó con las revisiones finales del panel.

### *Conclusiones*

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad o TDHA, es un trastorno del comportamiento diagnosticado con frecuencia en la infancia que representa un importante problema de coste para la salud pública. Los niños con TDHA tienen problemas importantes y pueden experimentar efectos adversos a largo plazo sobre sus resultados académicos, el éxito vocacional y el desarrollo social-emocional lo que tiene un profundo impacto sobre los individuos, los familiares, las escuelas y la sociedad. A pesar del progreso en la valoración, el diagnóstico y el tratamiento del TDHA este trastorno sigue siendo controvertido, especialmente el uso de psicoestimulantes tanto para el tratamiento a corto plazo como para el tratamiento a largo plazo.

Aunque no existe un test independiente para el TDHA hay evidencias que apoyan la validez del trastorno. Se precisa más investigación acerca de los aspectos emocionales del TDHA, así como de las patologías comórbidas (coexistentes) presentes tanto en la forma infantil como en la de los adultos.

Los estudios (principalmente a corto plazo, aproximadamente 3 meses) incluyendo los ensayos clínicos aleatorizados, han establecido la eficacia de los tratamientos estimulantes y psicosociales para aliviar los síntomas del TDHA y la agresividad asociada y han demostrado que los estimulantes son más efectivos que las terapias psicosociales en el tratamiento de estos síntomas. Debido a la falta de mejoría permanente más allá de los síntomas principales y la escasez de estudios a largo plazo (más allá de 14 meses) se necesitan estudios a largo plazo con fármacos y modalidades conductuales y su combinación. Aunque estos estudios están en marcha, actualmente no es posible dar recomendaciones concluyentes en relación con el tratamiento a largo plazo.

Hay mucha variedad en el uso de los psicoestimulantes entre las comunidades y los médicos lo que sugiere una falta de consenso en relación con el tipo de pacientes con TDHA que deben tratarse con psicoestimulantes. Estos problemas apuntan a la necesidad de una mejor valoración, tratamiento y seguimiento de los pacientes con TDHA. Es de suma importancia disponer de un conjunto de procedimientos diagnósticos y de guías prácticas. Además, la falta de un seguro de cobertura previniendo el diagnóstico y el tratamiento apropiados del TDHA y la falta de integración con los servicios de educación son barreras considerables y representan a largo plazo un considerable coste para la sociedad.

Finalmente, tras años de investigación clínica y experiencia con TDHA, nuestros conocimientos acerca de la causa o las causas de TDHA sigue siendo en gran parte especulativos. Consecuentemente, no tenemos estrategias documentadas para la prevención del TDHA.

## Introducción

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDHA) es el trastorno de conducta diagnosticado con más frecuencia en la infancia, estimándose que afecta a entre un 3 y un 5 por ciento de los niños en edad escolar. Sus síntomas principales incluyen niveles de atención, concentración, actividad, distracción fácil e impulsividad desarrollados inapropiadamente. Normalmente, los niños con TDHA tienen problemas funcionales en múltiples lugares incluyendo el hogar, la escuela y las relaciones con sus iguales. Se ha visto también que el TDHA tiene efectos adversos a largo plazo sobre los resultados académicos, el éxito vocacional y el desarrollo social-emocional.

A pesar del progreso en la valoración, el diagnóstico y el tratamiento de niños y adultos con TDHA, este trastorno sigue siendo controvertido. Las diversas y contradictorias opiniones acerca del TDHA han ocasionado confusión en las familias, los proveedores de salud, los educadores y los creadores de programas. La controversia suscita discusiones acerca de la existencia literal del trastorno, sobre si se puede diagnosticar con fiabilidad, y, cuando se trata, sobre que intervenciones son las más efectivas.

Una de las principales controversias que preocupan acerca del TDHA es el uso de psicoestimulantes para tratar esta patología. Los psicoestimulantes, incluidos la anfetamina, el metilfenidato y la pemolina son con mucho los tratamientos más ampliamente investigados y comúnmente prescritos para el tratamiento del TDHA. Dado que los psicoestimulantes están fácilmente disponibles y se están prescribiendo con más frecuencia, se han intensificado las preocupaciones sobre sus potenciales uso excesivo y abuso.

Este congreso de dos días y medio reunió a expertos nacionales e internacionales en las especialidades de investigación médica relevante y asistencia sanitaria además de representantes del público.

Tras un día y medio de presentaciones y discusiones con la audiencia, un panel de consenso, indepen-

diente, no federal, presidida por el Dr. David J. Kupfer, Profesor y Director del Departamento de Psiquiatría Thomas Detre de la Universidad de Pittsburg, sopesaron la evidencia científica y escribió un borrador de declaración que se presentó a la audiencia el tercer día. La declaración de consenso abordaba los siguientes puntos clave:

- ¿Cuál es la evidencia científica para apoyar el TDHA como trastorno?
- ¿Cuál es el impacto del TDHA sobre los individuos, las familias y la sociedad?
- ¿Cuáles son los tratamientos efectivos del TDHA?
- ¿Cuáles son los riesgos del uso de medicación estimulante y otros tratamientos?
- ¿Cuáles son los diagnósticos y las prácticas de tratamiento existentes y cuales son las barreras para una adecuada identificación, evaluación e intervención?
- ¿Cuáles son las directrices para las futuras investigaciones?

Los principales patrocinadores de este congreso fueron el Instituto Nacional para el abuso de drogas, el Instituto Nacional de Salud Mental y las Oficina de Aplicaciones Médicas de la Investigación de los Institutos Nacionales de Salud (NHI). El congreso fue co-patrocinado por el Instituto Nacional de Ciencias de Salud Ambiental, el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano, la Administración de alimentos y fármacos de EEUU (FDA) y la Oficina de Programas Especiales de Educación, Departamento Americano de Educación.

### **1. ¿Cuál es la evidencia científica para sostener al TDHA como trastorno?**

El diagnóstico de TDHA puede hacerse de forma fiable usando un método de entrevistas diagnósticas

bien testadas. Sin embargo, aún no hay un test independiente validado para el TDHA. Aunque la investigación ha sugerido que la base del TDHA es una alteración del sistema nervioso central, se precisa más investigación para establecer firmemente al TDHA como una alteración cerebral. Esto no es único para el TDHA, si no que también es aplicable a la mayoría de trastornos psiquiátricos incluyendo enfermedades incapacitantes como la esquizofrenia. La evidencia apoyando la validez del TDHA incluye el curso de desarrollo a largo plazo del TDHA con el tiempo, estudios nacionales cruzados revelando factores de riesgo similares, la agregación familiar de TDHA (que puede ser genético o medioambiental) y la heredabilidad.

Se necesitan esfuerzos adicionales para validar el trastorno: descripción cuidadosa de las causas, uso específico de los criterios diagnósticos, estudios repetidos de seguimiento, estudios familiares (incluyendo estudio de gemelos y de adopciones), estudios epidemiológicos y estudios de tratamiento a largo plazo. Hasta donde sea posible, estos estudios deberían incluir varios controles incluyendo sujetos normales y sujetos con otros trastornos clínicos. Estos estudios pueden proporcionar sugerencias acerca de subgrupos de pacientes que se asociarán con diferentes resultados, con respuestas a diferentes tratamientos y con diversos patrones de características familiares y enfermedades.

Se han suscitado diversos temas acerca del diagnóstico de TDHA que indican la necesidad de más investigación para validar los métodos diagnósticos.

1. Los clínicos que diagnostican estos trastornos han sido criticados por tomar simplemente un porcentaje de la población normal que tienen la máxima evidencia de inatención y actividad continua y etiquetarles de tener una enfermedad. De hecho, no está claro si los signos de TDHA representan una distribución bimodal en la población o el final de un continuum de características. Esto no es único del TDHA, ya que otros diagnósticos médicos, tales como la hipertensión esencial y la hiperlipidemia, son un continuum en la población general, en los que se ha probado la utilidad del diagnóstico y el tratamiento. Sin embargo, los problemas

relacionados con el diagnóstico incluyen la diferenciación de esta entidad de otros problemas de conducta y determinar el límite apropiado entre la población normal y aquellos con TDHA.

2. El TDHA a menudo no presenta un trastorno aislado, y las patologías comórbidas (coexistentes) pueden implicar estudios de investigación que pueden responder de algunas de las inconsistencias de los hallazgos de la investigación.

3. Aunque la prevalencia del TDHA en los EEUU se ha estimado entre un 3 y un 5%, en otros estudios se ha reportado un rango de prevalencia más amplio. La tasa reportada por otros países es mucho más baja. Esto indica la necesidad de un estudio profundo de TDHA en diferentes poblaciones y una mejor definición de este trastorno.

4. Todos los criterios diagnósticos formales para TDHA fueron diseñados para diagnosticar a niños pequeños y no se han ajustado para niños más mayores y adultos. Por tanto, se anima a una revisión adecuada de estos criterios para ayudar al diagnóstico de estos individuos.

5. En resumen, hay validez en el diagnóstico del TDHA como trastorno con síntomas y características de la conducta ampliamente aceptados que definen este trastorno.

## **2. ¿Cuál es el impacto del TDHA sobre los individuos, las familias y la sociedad?**

Los niños con TDHA experimentan la incapacidad de sentarse quietos y estar atentos en clase y las consecuencias negativas de tales comportamientos. Estos niños experimentan rechazo por sus iguales y caen en un amplio abanico de comportamientos problemáticos. Sus dificultades académicas y sociales tienen gran alcance y consecuencias a largo plazo. Estos niños tienen una tasa más alta de lesiones. A medida que crecen, los niños con un TADH sin tratamiento en combinación

con trastornos de la conducta experimentan consumo de drogas, comportamiento antisocial y lesiones de todo tipo. Para muchos individuos el impacto del TDHA continúa en la edad adulta.

Las familias que tienen niños con TDHA, así como otros trastornos de la conducta y enfermedades crónicas, experimentan niveles elevados de frustración de los padres, discordancias maritales y divorcio. Además, los costes directos de las atenciones médicas para los niños y jóvenes con TDHA son importantes. Estos costes representan una seria carga para muchas familias porque normalmente no están cubiertos por el seguro de salud.

En un mundo más amplio, estos individuos consumen una parte desproporcionada de los recursos y atención de sistema de salud, del sistema judicial, de las escuelas, y de otras agencias de servicios sociales. Los problemas metodológicos impiden estimaciones precisas de los costes del TDHA para la sociedad. Sin embargo, estos costes son elevados. Por ejemplo, los gastos adicionales del sistema público nacional dedicados a los niños con TDHA pueden haber excedido los 3 mil millones de dólares en 1995. Además, el TDHA, a menudo conjuntamente con otros trastornos de la conducta coexistentes, contribuye a los problemas sociales tales como los crímenes violentos y los embarazos de adolescentes.

Las familias con niños limitados por los síntomas del TDHA están en una posición difícil. El doloroso proceso de la toma de decisión para determinar el tratamiento adecuado para estos niños se vuelve a menudo sustancialmente peor por la guerra mediática entre aquellos que sobreestiman los beneficios del tratamiento y aquellos que exageran los peligros del tratamiento.

### **3. ¿Cuáles son los riesgos del uso de medicación estimulante y otros tratamientos?**

Se han utilizado una gran variedad de tratamientos para el TDHA incluyendo, pero no limitado a ellos,

varios fármacos psicotrópos, tratamiento psicosocial, manejo dietético, tratamientos con hierbas y homeopáticos; bioretroalimentación, meditación y entrenamiento/simulación perceptual. De estas estrategias de tratamiento, los medicamentos estimulantes y las intervenciones psicosociales han sido las que más se han investigado. Los estudios sobre la eficacia de la medicación y de los tratamientos psicosociales sobre el TDHA se han centrado principalmente en un estado equivalente al tipo combinado del DSM-IV, cumpliendo los criterios de falta de atención e hiperactividad / impulsividad. Hasta hace poco, la mayoría de los ensayos clínicos aleatorizados se habían realizado a corto plazo, hasta unos tres meses. En general, estos estudios apoyan la eficacia de los estimulantes y de los tratamientos psicosociales para el TDHA y la superioridad de los estimulantes en relación con los tratamientos psicosociales. Sin embargo, no hay estudios a largo plazo que prueben los tratamientos con estimulantes o psicosociales con una duración de varios años. No hay información de resultados a largo plazo de individuos con TDHA tratados con medicación en términos de logros educacionales y ocupacionales, participación con la policía, u otras áreas de funcionamiento social.

Los ensayos a corto plazo con estimulantes han apoyado la eficacia del metilfenidato (MPH), la dextroanfetamina y la pemolina en niños con TDHA. Por regla general, se han encontrado pocas diferencias, si es que se ha encontrado alguna, entre estos estimulantes. Sin embargo, el MPH es el más estudiado y el más usado de los estimulantes. Estos estudios a corto plazo han demostrado efectos beneficiosos sobre los síntomas que definen el TDHA y la agresividad asociada mientras se toma la medicación. Sin embargo, los tratamientos con estimulantes pueden no "normalizar" la totalidad de los problemas de conducta, y los niños bajo tratamiento pueden manifestar un nivel aún más alto de alguno de los problemas de conducta que los niños normales. Son preocupantes los consistentes hallazgos de que a pesar de la mejora de los síntomas principales hay poca mejora de los resultados académicos o de las habilidades sociales.

Diversos estudios a corto plazo con antidepresivos

muestran que desipramina produce mejorías en comparación con placebo en las puntuaciones de padres y profesores de los síntomas de TDHA. Los resultados de los estudios que examinan la eficacia de la imipramina son inconsistentes. Aunque se han usado otros fármacos psicótropos para el tratamiento del TDHA los datos existentes de los resultados de estos ensayos no permiten obtener conclusiones en relación con su eficacia.

El tratamiento psicosocial del TDHA ha incluido diversas estrategias conductuales tales como el manejo de contingencias (por ejemplo, sistemas de recompensa con fichas / puntos, interrupción, respuesta de costes) que típicamente se llevan a cabo en la clase, entrenamiento de los padres (en el que se enseña a los padres a manejar las habilidades del niño), terapia de conducta clínica (a padres, profesor o ambos se les enseña a usar procedimientos de manejo de contingencias) y tratamiento cognitivo conductual (por ejemplo, auto monitorización, auto instrucción verbal, estrategias de resolución de problemas, auto refuerzo). No se ha observado que el tratamiento cognitivo conductual proporcione efectos beneficiosos en niños con TDHA. Por el contrario, la terapia de conducta clínica, el entrenamiento de los padres y el manejo de contingencias han producido efectos beneficiosos. Las intervenciones directas intensas en niños con TDHA han ocasionado mejoras en áreas claves del funcionamiento. Sin embargo, no se han llevado a cabo ensayos clínicos aleatorizados de algunas de estas intervenciones intensas solas o en combinación con medicación. Los estudios que comparaban los estimulantes con el tratamiento psicosocial reportaron de forma consistente la mayor eficacia de los estimulantes.

Datos emergente sugieren que la medicación usando titulación sistemática y métodos de monitorización intensa durante un periodo de aproximadamente un año es superior a un conjunto intenso de tratamientos conductuales sobre los síntomas capitales del TDHA (inatención, hiperactividad / impulsividad, agresión). En general, la medicación combinada y el tratamiento conductual añadieron poca ventaja, sobre la medicación sola, pero el tratamiento combinado ocasionó una mejora de las habilidades sociales, y padres y profes-

res juzgaron más favorablemente este tratamiento. Ambos aplicaron sistemáticamente medicación (monitorizando regularmente) y el tratamiento combinado fue superior al tratamiento rutinario de la comunidad, que a menudo implicaba el uso de estimulantes. Una importante ventaja potencial del tratamiento conductual es la posibilidad de mejorar el funcionamiento con una dosis reducida de estimulantes. Esta posibilidad no se testó.

Hay una larga historia de muchas otras intervenciones para el TDHA. Estas incluyen el recambio, la exclusión o la suplementación dietética, varios regímenes con hierbas, minerales o vitaminas, bioretroalimentación; estimulación perceptual; y otros varios. Aunque estas intervenciones han generado un interés considerable y hay varios ensayos controlados y no controlados que emplearon diversas estrategias, la situación de la evidencia empírica en relación con estas intervenciones es desigual, yendo desde no tener datos hasta ensayos clínicos bien controlados. Algunas de las estrategias de eliminación de la dieta mostraron resultados interesantes sugiriendo la necesidad de más investigación.

El estado actual de la literatura empírica en relación con el tratamiento del TDHA es tal que por lo menos cinco importantes preguntas no tienen respuesta. Primero, no se puede determinar si la combinación de estimulantes y tratamientos psicosociales pueden mejorar el funcionamiento con dosis reducidas de los estimulantes. Segundo, no hay datos acerca del tratamiento del TDHA, del tipo inatención, que pueda incluir a un alto porcentaje de niñas. Tercero, no hay datos concluyentes acerca del tratamiento de adolescentes y adultos con TDHA. Cuarto, no hay información acerca de los efectos a largo plazo del tratamiento (tratamiento de más de un año de duración), que está indicado en este trastorno persistente. Finalmente, dada la evidencia acerca de los problemas cognitivos asociados con el TDHA, tales como las deficiencias en la memoria de trabajo y el déficit en los procesos del lenguaje, y la demostrada ineficacia de los tratamientos actuales sobre la mejora académica, existe la necesidad de la solicitud y el desarrollo de métodos dirigidos a estas debilidades.

#### 4. ¿Cuáles son los riesgos del uso de medicación estimulante y de otros tratamientos?

Aunque existe poca información en relación con los efectos a largo plazo de los psicoestimulantes, no hay evidencias concluyentes de que un uso terapéutico cuidadoso sea lesivo. Cuando aparecen efectos adversos, normalmente se relacionan con la dosis. Los efectos asociados con dosis moderadas pueden incluir pérdida de apetito e insomnio. Estos efectos ocurren precozmente con el tratamiento y pueden disminuir con dosis continuadas. Puede haber efectos negativos sobre la tasa de crecimiento pero finalmente no parece afectarse la talla.

Es bien sabido que los psicoestimulantes tienen abuso potencial. Dosis muy altas de psicoestimulantes, particularmente de anfetaminas, pueden causar daño al sistema nervioso central, daño cardiovascular e hipertensión. Además, las dosis altas se han asociado con conductas compulsivas y, en ciertos individuos vulnerables, con trastornos del movimiento. Hay un raro porcentaje de niños y adultos tratados con dosis altas que tienen respuestas alucinógenas. Los otros fármacos usados para el TDHA tienen sus propios efectos adversos: los antidepresivos tricíclicos pueden inducir arritmias cardíacas, el bupropion a dosis altas puede ocasionar convulsiones y la permolina se asocia con lesión hepática.

El grado de valoración y seguimiento por los médicos de atención primaria varía significativamente. Esta disparidad puede contribuir a las marcadas diferencias en las prácticas de prescripción adecuadas. Se precisa un seguimiento apropiado de cualquier fármaco de prescripción, especialmente para las dosis altas de psicoestimulantes.

Aunque el TDAH de la infancia se asocia con un incremento del riesgo de consumo de drogas y de tabaco (véase la pregunta 2) los estudios existentes llegan a conclusiones conflictivas en cuanto a si el uso de psicoestimulantes aumenta o reduce el riesgo de abuso. Una importante limitación de las inferencias de las bases de datos observacionales es la incapacidad de examinar

independientemente el uso de medicación estimulante, el diagnóstico y la severidad del TDHA y el efecto de las patologías concomitantes.

La creciente disponibilidad de medicamentos puede representar un riesgo para la sociedad. El umbral de la disponibilidad de fármaco que puede conducir a un exceso de provisión y el consiguiente uso ilegal es desconocido. Hay poca evidencia de que los niveles actuales de producción hayan tenido un efecto sustancial sobre el abuso. Sin embargo, es necesario estar atentos a la monitorización de los índices nacionales de uso y abuso de estimulantes entre los mayores de la escuela superior. Uno de los índices es la Cadena de Alerta del Consumo de Drogas (Drug Abuse Warning Network; DAWN).

#### 5. ¿Cuáles son los diagnósticos y las prácticas de tratamiento existentes y cuáles son las barreras para una adecuada identificación, evaluación e intervención?

La Academia Americana de Psiquiatría para niños y adolescentes ha publicado los parámetros prácticos para la valoración y el tratamiento del TDHA. La Academia Americana de Pediatría ha constituido un subcomité para establecer los parámetros para los pediatras, pero esas guías aún no están disponibles. Los pediatras de atención primaria, los médicos de familia y los pediatras, neurólogos (infantiles) psicólogos y psiquiatras son los responsables de realizar la valoración, el diagnóstico y el tratamiento de la mayoría de los niños con TDHA. Hay una gran variedad entre los tipos de practicantes con respecto a la frecuencia de diagnóstico del TDHA. Los datos indican que los médicos de familia diagnostican más rápidamente y prescriben medicación con más frecuencia que los psiquiatras o los pediatras. Esto puede deberse, en parte, al limitado tiempo destinado a realizar el diagnóstico. Algunos médicos usan de manera inadecuada la respuesta al tratamiento como un criterio diagnóstico y los médicos de atención primaria tienen menos probabilidades de reconocer los trastornos comórbidos (coexistentes). La rapidez con la que algunos médicos prescriben medicinas

puede reducir la probabilidad de que se busquen intervenciones más relevantes educativamente.

Los diagnósticos pueden hacerse de manera inconsistente con el resultado de niños algunas veces sobre diagnosticados y otras infra diagnosticados. Sin embargo, esto no afecta la validez de los diagnósticos cuando se usan guías apropiadas. Algunos médicos no usan cuestionarios estructurados con los padres, escalas de puntuación o las contribuciones del profesor o del colegio. Los pediatras, los médicos de familia y los psiquiatras tienden a confiar más en las explicaciones de los padres que en las de los profesores. Parece existir una “desconexión” entre las valoraciones del desarrollo o educacional (basadas en la escuela) y los servicios relacionados con la salud (basados en la práctica médica). A menudo hay una pobre comunicación entre los que diagnostican y aquellos que implementan y monitorizan los tratamientos en los colegios. Además los seguimientos pueden ser inadecuados y fragmentados. Esto es particularmente importante para asegurar la monitorización y la detección precoz de cualquier efecto adverso del tratamiento. Las sesiones clínicas en las escuelas con una estrategia de equipo que incluye padres, profesores, psicólogos escolares, y otros especialistas en salud mental pueden ser un medio para eliminar estas barreras y mejorar el acceso a la valoración y el tratamiento. Idealmente, los médicos de atención primaria con el tiempo adecuado para consultar con esos equipos escolares deberían ser capaces de hacer una valoración y un diagnóstico apropiado y deberían también ser capaces de dirigirse a especialistas en salud mental y a otros especialistas cuando lo estimaran necesario.

### **¿Cuáles son las barreras para una adecuada identificación, evaluación e intervención?**

Los estudios identifican un número de barreras para una adecuada identificación, evaluación y tratamiento. Las barreras para la identificación y la evaluación emergen cuando los programas centrales de cribaje limitan el acceso a los servicios de salud mental. La

falta de cobertura por el seguro de evaluaciones psiquiátricas o psicológicas, de los programas de modificación de la conducta, de consultas escolares, de entrenamiento para el manejo de padres y de otros programas especializados constituye una importante barrera para una clasificación precisa, para el diagnóstico y para el manejo del TDHA. Existen importantes barreras económicas en las que el diagnóstico ocasiona un desembolso a las familias por los servicios que no están cubiertos por la seguridad social o por otros seguros de salud. Los beneficios para la salud mental se forjan de muchas políticas ofrecidas a las familias, y por tanto el acceso al tratamiento, más allá de la medicación, debería limitarse drásticamente. Es esencial la paridad para las patologías de salud mental en los planes de seguros. Otras implicaciones del coste recaen en el hecho de que no se subvenciona una categoría de educación especial para el TDHA, lo que hace que estos estudiantes estén mal atendidos, y actualmente no se controla ni monitoriza a los niños con TDHA que se atienden fuera de la educación especial. Esto ocasiona que fuentes de servicios de educación y salud mental se disputen la responsabilidad de la cobertura de los servicios de educación especial.

Existen barreras en relación con el género, la raza, los factores socioeconómicos y la distribución geográfica de los médicos que identifican y evalúan a los pacientes con TDHA.

Otras barreras importantes incluyen aquellas percibidas por los pacientes, los familiares y los médicos. Estas incluyen la falta de información, las preocupaciones acerca del riesgo de la medicación, la pérdida de los derechos de paternidad, temor a los profesionales, el estigma social, las presiones negativas de familiares y amigos en la búsqueda de tratamiento y el poner en peligro los trabajos y el servicio militar. Para los proveedores de salud, la falta de especialistas y las dificultades de obtener un seguro de cobertura tal como se ha destacado anteriormente suponen importantes obstáculos a los cuidados.

## 6. ¿Cuáles son las Direcciones para la Futura Investigación?

Se necesita investigación básica para definir mejor el TDHA. Esta información incluye lo siguiente: (1) estudios de desarrollo cognitivo, proceso cognitivo y atención / inatención en TDHA y (2) estudios de imagen del cerebro antes del inicio de la medicación y seguimiento del individuo a lo largo de su infancia y edad media.

Se deberían llevar a cabo más investigaciones en relación con los aspectos dimensionales de este trastorno así como de de las patologías comórbidas (coexistentes) presentes tanto en niños como en adultos con TDHA. Por tanto, una investigación necesaria importante es la investigación de la edad estandarizada y los criterios diagnósticos específicos del género.

Debería determinarse el impacto del TDHA. Los estudios en relación con esto incluyen: (1) la naturaleza y la severidad del impacto sobre los individuos, las familias y la sociedad de los adultos con TDHA más allá de los 20 años de edad y (2) determinación de los costes financieros relacionados con el diagnóstico y la atención de los niños con TDHA.

Se precisa estudios adicionales para desarrollar una estrategia más sistematizada. Estos incluyen:

- Estudios del tipo de TDHA con inatención, especialmente debido a que puede incluir a una mayor proporción de niñas que los subtipos con hiperactividad / impulsividad.
- Estudios de tratamiento a largo plazo (tratamiento de más de 1 año de duración) que son necesarios a causa de la persistencia del trastorno.
- Estudios prospectivos controlados, hasta la edad adulta, de los riesgos y beneficios asociados al tratamiento con psicoestimulantes durante la infancia.
- Estudios para determinar los efectos de los psico-

tropos sobre la función cognitiva y el comportamiento escolar.

- Estudios de los efectos de los tratamientos de instrucción sobre los logros académicos de los niños con TDHA
- Estudios para determinar si la combinación de estimulantes y tratamiento psicosociales pueden mejorar el funcionamiento con dosis reducidas de los estimulantes.
- Estudios para determinar los riesgos y los beneficios asociados al tratamiento con estimulantes de niños menores de 5 años.
- Estudios de los efectos de varios estimulantes en adolescentes y adultos.

Se debería poner más atención al desarrollo de programas integrados para el diagnóstico y el tratamiento.

Estos incluyen:

- Proyectos modelo para demostrar métodos de entrenamiento de profesores para reconocer y proporcionar programas especiales adecuados para niños con TDHA.
- Incorporación de estrategias en las clases para atender efectivamente a una mayor variedad de estudiantes y de este modo reducir la necesidad de remisión y diagnóstico del TDHA.
- Determinación de hasta que punto los individuos con TDHA están atendidos en la educación post secundaria y, si es así, donde son atendidos, con que tipo de servicios y con que nivel de éxito.

## Conclusiones

El déficit de atención con hiperactividad o TDHA es un trastorno de la conducta diagnosticado con fre-

cuencia en la infancia que representa un importante problema para la salud pública. Los niños con TDHA tienen normalmente como resultado del trastorno claras dificultades y deterioros en distintos ámbitos. También pueden experimentar efectos adversos a largo plazo en sus resultados escolares, el éxito vocacional y el desarrollo social-emocional.

A pesar del progreso en la valoración, el diagnóstico y el tratamiento del TDHA, este trastorno y su tratamiento han permanecido como controvertidos en muchos sectores públicos y privados. La controversia principal en relación con el TDHA continúa siendo el uso de psicoestimulantes tanto para el tratamiento a corto como a largo plazo.

Aunque no existe un test diagnóstico independiente para el TDHA, pueden encontrarse evidencias que apoyan la validez del trastorno. Se necesitará realizar más investigación en relación con los aspectos dimensionales del TDHA, así como de las patologías comórbidas (coexistentes) presentes tanto en el niño como en el adulto con TDHA. Por tanto, una investigación necesaria importante es la investigación de la edad estandarizada y los criterios diagnósticos específicos del género.

El impacto del TDHA sobre los individuos, las familias, las escuelas y la sociedad es profundo y necesita atención inmediata. Una parte importante de los recursos del sistema de salud y de varias agencias de servicios sociales se dedica actualmente a los individuos con TDHA. A menudo, los servicios se prestan de una manera no integral. La asignación de los recursos basada en unos datos mejores del coste que llevan a modelos integrados de atención necesita ser desarrollados por individuos con TDHA.

Los tratamientos efectivos para TDHA se han evaluado principalmente a corto plazo (aproximadamente tres meses). Estos estudios han incluido ensayos clínicos aleatorizados que han establecido la eficacia de los psicoestimulantes y de los tratamientos psicosociales en el alivio de los síntomas de TDHA y la agresividad asociada y han indicado que los psicoestimulantes son más

efectivos que los tratamientos psicosociales en el tratamiento de estos síntomas. La falta de mejora consistente más allá de los síntomas capitales lleva a la necesidad de estrategias de tratamiento que utilicen terapias combinadas. En el momento actual, hay falta de datos que proporcionen información sobre el tratamiento a largo plazo más allá de 14 meses. Aunque se están llevando a cabo ensayos combinando fármacos y modalidades conductuales, no pueden hacerse fácilmente recomendaciones concluyentes en relación con el tratamiento a largo plazo.

Los riesgos del tratamiento, particularmente el uso de medicación estimulante, son de considerable interés. Existen evidencias sustanciales de amplias variaciones en el uso de psicoestimulantes entre las comunidades y los médicos, sugiriendo que no hay consenso entre los profesionales respecto a que pacientes con TDHA deben ser tratados con psicoestimulantes. Medido por los índices de atención / actividad, los pacientes con niveles y tipos de problemas variables (y posiblemente individuos no afectados) se pueden beneficiar de la terapia estimulante. Sin embargo, no hay evidencia respecto al umbral diagnóstico apropiado de TDHA por encima del cual los beneficios de la terapia psicoestimulante superan a los riesgos.

Las prácticas diagnósticas y de tratamiento existentes, en combinación con los riesgos potenciales asociados, señalan la necesidad de mayor atención por parte de los servicios de salud en relación con una adecuada valoración, tratamiento y seguimiento. Es de máxima importancia disponer de un conjunto de procedimientos diagnósticos y de guías prácticas. Las actuales barreras para la evaluación y la intervención se dan en los sectores de la salud y la educación. Las barreras de coste y de falta de cobertura previniendo el diagnóstico y el tratamiento apropiado para el TDHA y la falta de integración con los servicios educativos representan a largo plazo un considerable coste para la sociedad. Debe remediarse la falta de información y educación acerca de la accesibilidad y la asequibilidad de los servicios.

Finalmente, tras años de investigación clínica y experiencia con TDHA, nuestro conocimiento acerca

de la causa o causas de TDHA aún es una especulación. Consecuentemente, no tenemos estrategias para la prevención del TDHA.

Artículo publicado en

La Bibliografía de los artículos se la pueden pedir a: lydiazuoloaga@ya.com

*Con la colaboración de:*



**CMBB & Asociados**

**CMBB & ASOCIADOS, Corredores de Seguros, S.L.**

Londres, 27, Est. A 2ª  
08029 BARCELONA

Teléfono 93 410 73 26  
Fax 93 419 32 96