

Dr. José J. Bauermeister

Psicólogo Clínico e Investigador científico en el Instituto de Investigación de Ciencias de la Conducta de la Universidad de Puerto Rico. Miembro Fundador del Foro Iberoamericano del TDAH. Autor del libro "Hiperactivo, Impulsivo, distraído...¿me conoces?" y de artículos científicos internacionalmente reconocidos. Ofrece talleres para profesionales y padres. Ostenta la máxima distinción del CHADD por sus logros, aportaciones y apoyo a las personas con TDAH.



¿Cómo afecta a los padres tener un hijo con TDAH? ¿Ha realizado algún estudio?

El TDAH puede conceptuarse como un trastorno en el desarrollo de los procesos de autorregulación, es decir, del conjunto de habilidades cognitivas que hacen posible que el comportamiento de la persona se adapte eficazmente al entorno familiar, escolar, ocupacional y social. Estos retrasos en el desarrollo de la autorregulación se reflejan en síntomas centrales de falta de atención, hiperactividad e impulsividad, así como en otras dificultades, e impactan la vida familiar. Recientemente encontramos que la falta de atención, la hiperactividad, y el negativismo desafiante en niños españoles de 6 a 12 años de edad están asociados a estrés familiar global. No obstante, el patrón de asociaciones puede variar dependiendo de la conducta del hijo o la hija, el género del niño, y la dimensión de la vida familiar (p. ej., vida social; relación con padres, escuela y hermanos; costes asociados al tratamiento; y relación con la pareja). Nuestros hallazgos sugieren que los padres perciben un impacto negativo y una carga mayor en hijos con niveles altos de hiperactividad que en hijas también con niveles altos de esta conducta.

¿Qué es la Terapia Interaccional madre-padre/hijo y a qué edad es efectiva?

La TIPH fue desarrollada por la Dra. Sheyla Eyberg para el tratamiento de niños de 2 a 7 años de edad con problemas de conducta y fue adaptada para niños hispanos por la Dra. Maribel Matos Román. Esta terapia tiene como meta establecer una relación segura y de calor humano con el niño, aumentar la conducta pro social y disminuir la conducta negativa. El trabajo terapéutico se lleva a cabo en díadas (madre-hijo, padre-hijo) en un contexto de juego. Los padres son observados y guiados por los terapeutas desde una sala de observación usando un apuntador.

¿Afectan las influencias culturales en el tratamiento del TDAH?

Nuestra cultura influye en cómo percibimos, interpretamos, sentimos y reaccionamos a las acciones de los demás. En el caso del TDAH, la cultura de cada país influye en la importancia que las personas le dan a las conductas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad; el nivel de tolerancia a las mismas; la forma en que se expresan estas conductas; el significado o importancia atribuido a ellas; la percepción de si el funcionamiento de la persona en un contexto dado es adaptado o no; y la decisión de buscar el tratamiento necesario para esta condición. Los terapeutas deben revisar y adaptar los programas de consejería y los programas de adiestramiento para padres de niños con TDAH a los valores culturales y las prácticas de crianza de las familias participantes.

¿Son diferentes los riesgos y secuelas del TDAH en niños y niñas?

El TDAH es de 2 a 3 veces más frecuente en varones. No obstante, y contrario a la creencia general, las investigaciones recientes que han estudiado niños y niñas de la población general, es decir, aquellas en donde las muestras no se seleccionan de centros de tratamiento, encuentran que el TDAH se expresa de forma similar en ambos géneros. Hay excepciones que tienen que ver con factores posiblemente culturales. Los hallazgos en cuanto a similitudes en la expresión del TDAH no deben interpretarse como que el género no puede mediar las consecuencias de vivir con esta condición. Los niños y niñas se enfrentan a diferentes retos y responsabilidades asociados a factores biológicos y culturales a lo largo de la vida.

Háblenos de las comorbilidades educativas del TDAH.

El mayor riesgo de las personas con el TDAH es no desarrollar destrezas académicas al nivel esperado para su capacidad intelectual, fracasar un grado, requerir servicios de educación especial y no terminar la escuela formal.

¿Cómo pueden implicarse los maestros?

A pesar de su importancia, los maestros son profesionales poco reconocidos en nuestra sociedad. Necesitan de nuestro apoyo. Es importante facilitar que puedan recibir una formación académica y profesional que les lleve a adoptar nuevos modelos conceptuales del aprendizaje y del comportamiento. En estos modelos se conceptualizan los problemas atencionales o de aprendizaje del alumno como resultado de dificultades neuropsicológicas que afectan su desempeño académico, y no como una falta motivación primaria. Es entender que la mayoría de las veces el alumno "quiere pero no siempre puede" aprender o comportarse mejor en el aula y no que "puede pero no quiere". Estos nuevos modelos conceptuales dan base a desarrollar e implantar formas alternativas de enseñar, disciplinar y evaluar.

Usted se ha referido a enfoques proactivos y reactivos en el tratamiento. Expliquenos.

El TDAH tiende a persistir en un grupo significativo de personas. Hasta el momento no se ha encontrado una "cura" para esta condición. Los tratamientos que han sido demostrados como efectivos en investigaciones científicas, modificación de conducta y medicación, se limitan a la supresión de los síntomas del TDAH mientras estos tratamientos se estén aplicando. Si se descontinúan, los síntomas tienden a reaparecer. No hay otras modalidades de tratamiento para los síntomas del TDAH con efectividad científicamente demostrada. Es por esta razón que el objetivo general del tratamiento debe ir más allá del control o supresión de síntomas (enfoque reactivo) y estimular el

desarrollo psicológico saludable de la persona (enfoque proactivo). Si él o ella continuaran presentando la condición, queremos que entienda, acepte y maneje los síntomas del TDAH y desarrolle sus talentos y habilidades como persona.

¿Existe algún modelo de programa pensado para jóvenes universitarios con TDAH?

En EEUU se pueden identificar tres modelos. En el primero se establece que un estudiante calificado para cursar estudios universitarios con el diagnóstico de TDAH tiene el derecho legal de recibir ayuda adicional eficaz (adaptación razonable) en caso de que esta asistencia sea necesaria para proveer acceso equitativo al programa de estudios. En el segundo, la universidad, además de proveer las adaptaciones curriculares, ofrece una variedad de servicios o programas de apoyo a través de un centro especializado para jóvenes con TDAH. En el tercer modelo se ofrece un programa especializado de estudios para jóvenes con TDAH.

Démos un consejo para mejorar el comportamiento de nuestro hijo en casa y en la escuela; otro, para promover su éxito escolar, y otro, para reforzar sus habilidades.

Ofrezco dos consejos en respuesta a los tres pedidos. El más importante es aceptar al niño como es, y no pretender que sea como quisiéramos que fuera. Aceptar la condición facilita esperar variabilidad en los logros del niño, buscar soluciones realistas, y ser consecuente en el tratamiento. El segundo es educarnos en cuanto a lo que es el TDAH y cómo afecta al niño y a la familia.

¿Cómo explicamos el trastorno a los niños?

Es casi imposible expresar aquí como explicar el trastorno al niño. En mi libro dedico un capítulo a este tema. La explicación es algo que se debe hacer a lo largo del tiempo. No es un dato o información que se ofrece una vez. Es un proceso de años. La orientación empieza en forma sencilla en la niñez y continúa gradualmente, sobre todo en los momentos oportunos, es decir, cuando el niño esté receptivo a conversar sobre el tema. A medida que él vaya madurando con la edad, la explicación se podrá ir elaborando. Recuerde que el diagnóstico del TDAH se empieza a entender y a aceptar en la adolescencia tardía o adultez temprana. El objetivo de la explicación es que el niño pueda entender los problemas a los que se enfrenta. El objetivo no debe ser comunicar que él tiene una enfermedad. Es necesario comunicar claramente que todas las personas somos diferentes, con dificultades y habilidades. Haga referencia a las dificultades y habilidades de personas cercanas y en el proceso converse acerca de las de él. Aclare que no es un niño malo, torpe o bruto. Él debe entender que no hay razón para sentirse avergonzado de tener estas dificultades para prestar atención o controlar su actividad.

www.atenciondrbauer.com

Sumario

1. En Portada

Manifiesto de la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad

2. El Profesional opina

Practicar Deporte por sistema mejora la atención de los niños

3. Internacional

Estudiantes Universitarios con TDAH: Situación actual y direcciones futuras

4. El Artículo

Guía de práctica clínica sobre TDAH en niños y adolescentes

6. Espacio Adana

- Nota del Congreso Español
- I Encuentro con un Experto
- Concierto Benéfico
- II Semana Europea de TDAH
- Agenda

7. Recomendamos

Información sobre bibliografía y páginas web de interés.

8. La Contra

Entrevista al Dr. José J. Bauermeister

Manifiesto de la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad

Con motivo de la celebración de la II Semana Europea de Sensibilización sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, la FEAADAH ha publicado el Manifiesto de la Declaración Aprobada por ADHD-Europe. Podéis acceder al Manifiesto íntegro en la web: www.feadah.org/.../ManifiestoFEAADAH_II_Semana%20Europea.pdf

Como complemento de esta declaración de ADHD-Europe, la Federación Española de Asociaciones de TDAH (la cual integra 55 asociaciones y 4 fundaciones de toda España), ha querido hacer públicas unas reivindicaciones ante las Administraciones Públicas de nuestro país, las cuales os detallamos:

1.- El reconocimiento normativo expreso de los escolares que padecen TDAH como alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo en todas las Comunidades Autónomas.

2.- La inclusión de los medicamentos indicados en el tratamiento del TDAH en el grupo de aportación reducida de los beneficiarios en atención al carácter crónico del Trastorno y al alto precio de estos medicamentos, de forma que el tratamiento farmacológico pueda ser accesible a todos los afectados que lo precisen, sin discriminaciones por motivos económicos.

3.- La mejora, especialización y ampliación de los equipos de salud mental en todas las Comunidades Autónomas para dar respuesta a la gran demanda existente.

4.- La urgente elaboración y aprobación, de forma coordinada entre el Estado y las Comunidades Autónomas, de un Plan Nacional de Formación del Profesorado sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que garantice la elaboración de programas de formación del profesorado, tanto inicial como continua, que permitan la detección temprana y ayuden a desarrollar una pedagogía integradora satisfactoria y beneficiosa tanto para los alumnos con TDAH, como para el resto del alumnado.

5.- La elaboración de Estrategias Integrales en todas las Comunidades Autónomas que garanticen que los derechos de los afectados por el TDAH son tomados en consideración en la elaboración de las políticas educativas, de salud y sociales mediante la creación de protocolos y equipos que permitan la coordinación entre los sistemas Educativo,



Sanitario, de Bienestar Social y de Justicia. En las mismas debe induirse financiación para programas de apoyo a las familias y afectados de TDAH, de capacitación a los niños y niñas afectados por el TDAH para lograr el éxito escolar, y de integración social y laboral para los adultos afectados.

La relevancia del impacto personal y social del TDAH justifica plenamente la necesidad de conseguir una amplia movilización social tendente a difundir los conocimientos sobre el TDAH y su tratamiento para que todos los implicados, personas e instituciones, asuman los retos que la minimización de sus consecuencias negativas demanda. En esta tarea está plenamente comprometida la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad.

www.feadah.org

Puedes solicitar más información en la Asodación de tu Comunidad.

Estudiantes universitarios y TDAH

Un estudio de S. Faraone en el año 2006 demostró que la mitad de niños con TDAH siguen manifestando los síntomas en la edad adulta. La prevalencia de TDAH en esta edad es del 4% (Estudio multi-céntrico, Kessler, 2006). Se ha comprobado que pueden seguir presentando dificultades en las áreas relacionadas con el estudio, las competencias sociales, así como en lograr y mantener sus puestos de trabajo.

También se ha estudiado mucho la genética en el trastorno. Para profundizar sobre ello, desde el año 2007, un grupo de profesionales se ha unido creando IMpACT o "Colaboración Internacional Multicéntrica en la persistencia del TDAH".

Una de las conclusiones más importantes es que la mayoría de pacientes diagnosticados en la infancia, seguirán teniendo dificultades moderadas o severas en la edad adulta, por lo que se hace cada vez más necesario el desarrollo de intervenciones eficaces para todos los grupos de edad y la prevención de la progresión del trastorno en la edad adulta.

El hecho de que se está mejorando la ayuda terapéutica en la edad infantil y adolescencia, hace que cada vez haya un mayor número de jóvenes que acceden a los estudios universitarios, pero aún faltan intervenciones para cubrir las necesidades que puedan presentar en su evolución académica. Por ello, en EE.UU se está incrementado el interés por la investigación, y en algunas universidades hay ya posibilidades de adaptaciones o de apoyo en las áreas curriculares.

Esperamos que pronto se haga en Europa. Contamos con algunos países que han iniciado este proceso, como Holanda, que está organizando una Política Nacional sobre adultos afectados, pero falta mucho para que en otros países se reconozca la cronicidad del trastorno, privando por ello en muchos casos la ayuda necesaria para superar con éxito la etapa universitaria.



Isabel Rubió
Presidenta Fundación ADANA

Practicar Deporte por sistema mejora la atención de los niños

Siempre se ha hecho hincapié en las bondades de la práctica deportiva, pero hasta el momento no existían evidencias científicas al respecto. Ahora un estudio de la Universidad Católica de Valencia demuestra que la práctica sistemática mejora el rendimiento atencional de los niños.

La investigación ha sido realizada por el Instituto Universitario de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, de la Universidad Católica de Valencia y sus resultados indican que la práctica sistemática y programada de una actividad físico-deportiva (AFD) mejora el rendimiento atencional de niños de entre 10 y 12 años. Para llegar a esta conclusión, Consuelo Moratal y Florentino Huertas, profesores e investigadores del centro valenciano, realizaron un estudio comparativo con 69 escolares de un colegio público valenciano y 55 futbolistas de la Escuela del Valencia CF, que representaban dos opciones contrapuestas. Así, mientras el grupo de escolares participaba en las clases de educación física y, en algunos casos, en otras AFD con una duración total inferior a las cinco horas semanales, el grupo de niños del Valencia CF, además de la educación física escolar, asistía a un programa de entrenamiento planificado y asistido durante tres días a la semana, con una duración de 90 minutos por sesión, más un partido semanal.

Tras identificar el tiempo dedicado a la práctica de actividades físicas o deportivas, tanto en modalidad individual como colectiva, a los niños se les pasó la tarea ANTI (Attentional Network Test: Interactions) para recoger los tiempos de reacción y precisión de la respuesta a una serie de estímulos visuales. Según ha explicado Moratal, esta tarea "consistía en responder lo más rápido posible y sin equivocarse cuál era la dirección del estímulo objetivo que aparecía en la pantalla del ordenador", teniendo en cuenta además, que podían incluirse elementos disuasorios de forma visual o sonora.

Gracias a esa tarea, los especialistas pudieron medir tres funciones atencionales: **el nivel de alerta**, relacionada con la capacidad de ser estimulado con estímulos sonoros novedosos; **la orientación atencional**, relacionada con la capacidad de distracción de los niños con estímulos irrelevantes para la tarea principal, y **la resolución de conflictos**, relacionada con el pensamiento estratégico y selección de respuesta. Según los datos del estudio, en el que también han participado investigadores del Grupo de Neurociencia Cognitiva de la Universidad de Granada, los niños que practicaban deporte de forma regular y planificada mostraron mejores resultados que el grupo con actividad físico-deportiva reducida en todos los diversos parámetros analizados: éxito en la tarea (4 por ciento de errores frente al 7 por ciento); capacidad de reacción (15 por ciento superior) y de resolución de conflictos (15 por ciento superior). Además, si se analizan sólo los datos de los escolares, también se comprueba que aquellos que practicaban más horas de actividad físico-deportiva a la semana tenían mejor rendimiento atencional que el resto, y que quienes comparten deportes colectivos parecen mejorar en un 25 por ciento su capacidad de diferenciar estímulos relevantes y no relevantes respecto a los que practican deportes individuales.

Para Moratal, los resultados del trabajo "justificarían la promoción e inclusión institucionalizada de la práctica de actividades físicas o deportivas sistematizadas en las edades estudiadas". Respecto a la posibilidad de extrapolar estos resultados a otras franjas de edad, Huertas ha señalado que "es muy posible que la diferencia en el rendimiento atencional pueda acentuarse con la edad y tiempo dedicado a las mismas, puesto que a partir de los 14-15 años se observan los mayores índices de abandono de la práctica deportiva. Además, a partir de esas edades la exigencia de la práctica deportiva sistemática aumenta tanto cuantitativa -tiempo de entrenamiento- como cualitativamente -exigencia de medios y métodos de entrenamiento-. De todos modos, añade Huertas, "nuestra línea de investigación continúa abierta y pretendemos dilucidar si estas diferencias también están relacionadas con rasgos como la motivación, competitividad o la perseverancia en la tarea".

Consuelo Moratal y Florentino Huertas,
Instituto Universitario de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, de la Universidad Católica de Valencia

Fuente: www.diariomedico.com (20/10/2009)

DIRECTORA

Alicia de Muller

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Vargas Comunicació

PRODUCCIÓN

Beatriz Mera

COMITÉ ASESOR

Marta García-Giral (Psiquiatra)

Ezequiel Miranda (Abogado)

Rosa Nicolau Palou (Psicóloga)

Mariano Trillo (Psiquiatra)

Joaquima Júdez (Psiquiatra)

Antonio Ramos Quiroga (Psiquiatra)

Amaya Hervás (Psiquiatra)

Juan Antonio Amador (Psicólogo)

COLABORADORES

Dr. José Angel Alda

(Psiquiatra)

Dr. José Bauermeister

(Psicólogo e Investigador)

Estudiantes Universitarios con TDAH: Situación actual y direcciones futuras

Hasta hace muy poco la mayoría de estudios sobre el TDAH tenían como población objetiva a niños y adolescentes, pero actualmente se cree que cada vez más los estudiantes con TDAH superan las pruebas de la enseñanza primaria y secundaria, y acceden a los estudios universitarios, sin embargo se conoce poco acerca de las dificultades que pueden tener en su evolución académica y del número de afectados que acceden a los estudios post-obligatorios.

Georges DuPaul y colaboradores han realizado un trabajo minucioso de localización de las investigaciones y de los estudios realizados hasta la fecha sobre evaluación, diagnóstico y tratamiento de estudiantes universitarios con TDAH, a los cuales además han añadido futuras líneas de investigación y seguimiento.

Respecto al porcentaje de alumnos afectados, y aunque aún se carece de datos concretos, los autores de la revisión concluyen que entre un 2-8% de estudiantes universitarios responden afirmativamente a los cuestionarios sobre síntomas de TDAH, aunque indican que esto NO refleja el Porcentaje Actual real de estudiantes con TDAH, por lo que creen importante hacer estudios sobre datos reales. En cuanto a su funcionamiento académico, los autores se basan, entre otros estudios, en los trabajos de Barkley (1998), Murphy & Barkley & Bush (2002), Frazier & Youngstrom et al (2007) y Wolf (2001), en los que se manifiesta el riesgo que presentan académicamente para completar sus estudios universitarios. Los autores consideran que esto se debe a factores externos, como es la falta de tiempo en los tests de exámenes, necesidad de más tiempo para completar trabajos y percepción de trabajar más que el resto para conseguir buenas notas. Otros estudios demostraron que presentan dificultades en las áreas lingüísticas y de lógica-matemática, siendo más fuertes en la inteligencia espacial y natural, lo que también puede afectar su rendimiento académico.

Los estilos motivacionales parecen ser diferentes según el subtipo: los inatentos prefieren un trabajo cooperativo y un feedback más constante, los de subtipo combinado prefieren más que el aprendizaje sea como una competición o un juego con más reconocimiento público. Respecto a qué problemas eran predictores de fracaso, los de inatención fueron los más aceptados como la causa que dificulta el estudio y el aprendizaje (Reinolds & Kamphaus, 2004).

En el área de sociabilización, se observa que algunos presentan también dificultades al fallarles las habilidades prosociales, la capacidad de ajustarse socialmente y la pobre autoestima (Shaw-Zirt, Popali-Lehane, Chaplin et al. 2005), además de poder presentar estilos de personalidad o conducta más confrontativos o agresivos que el resto de estudiantes (Kern, Rasmussen, Byrd et al, 1999 y Barkley 2002). Pocos estudios han valorado si hay afectación en las Funciones Ejecutivas. Los pocos que se han hecho, no han observado diferencias con estudiantes control.

Una de las dificultades es la evaluación del TDAH en esta población. Según Barkley (2006), es necesario la entrevista clínica con el estudiante y con otras personas de su entorno (padres etc.), cuestionarios de síntomas que han de rellenar ellos y de conducta completados por los padres, además de una revisión de sus calificaciones académicas en la escuela, y si es posible, un test de inteligencia, para evaluar si tiene el trastorno u otro similar (bipolar, trastorno de aprendizaje etc.). Se ha recomendado el CARE como posible medida de síntomas: College ADHD Response Evaluation System (Glutting, Sheslow & Adam 2002), que

incluye áreas de dificultades en síntomas de TDAH y de conducta. Se han evaluado con éxito otras escalas a contestar por el estudiante, como es la IRS (Internal Restlessness Scale, 2003, Weyandt &all.), que indica síntomas internos de distraibilidad, inquietud e impulsividad y de desorganización) y la de WURS (Wender Utha Rating Scale, 1993). La única medición directa sigue siendo el C-CPT de Conners, pero aún tiene en estudio cómo diferenciar entre estudiantes con TDAH y los que presentan un trastorno de aprendizaje.

En cuanto al tratamiento se ha encontrado muy poca información. El mejor tratamiento necesita tanto de la medicación como de la intervención cognitiva-conductual.



Sumario:

Hay poca información sobre los estudiantes universitarios con TDAH, y sabemos que cada vez más gracias a las ayudas obtenidas en las escuelas, se incorporan a los centros universitarios, por lo que podríamos estar hablando de un 2-8% de esta población. También sabemos que representan un 25% de los que piden servicios por discapacidad. Presentan notas bajas en gran parte por pobres estrategias de manejo, pobre organización y habilidades de estudio, presentan también dificultades en el manejo del tiempo e impedimentos cognitivos tales como inatención, pensamientos intrusivos e inquietud interna que les afecta en sus resultados. La mayoría de los estudios también han demostrado mayor nivel de agresividad en estos adultos y de malestar psicológico. Para el reconocimiento del TDAH en los afectados, los estudios apoyan la eficacia de los cuestionarios a rellenar por ellos, por sus padres y una evaluación directa de los síntomas. En el tratamiento, se ha demostrado la eficacia de la medicación (sin doble ciego) y poco se sabe de otras intervenciones psicosociales o educativas.

Los futuros estudios deberían incorporar métodos para un válido diagnóstico de TDAH usando los criterios del DSM-IV TR, entrevistas clínicas y mediciones de evaluación como pueden ser del propio afectado, de sus padres y otra información relevante del pasado en su funcionamiento académico y social.

Es importante también encontrar estrategias adecuadas de intervención así como de acomodaciones académicas, ya que no hay estudios a doble ciego ni sobre qué otras alternativas académicas son las más adecuadas para ellos.

DuPaul G., Weyandt L., O'Dell S. y Varejao M.
Journal of Attention Disorders, November 2009, 234-250

Guía de práctica clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes

Dr. José Angel Alda, Jefe de Sección. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu.



agencias y grupos expertos en patologías prevalentes relacionadas con las estrategias de salud. Además, se encargó la definición de una metodología común de elaboración de GPC para el SNS, que se ha realizado como un esfuerzo colectivo de consenso y coordinación entre los grupos expertos en GPC en nuestro país. Esta metodología ha servido de base para la elaboración de esta GPC de TDAH.

¿Por qué una GPC en TDAH en niños y adolescentes?

El TDAH es un trastorno neurobiológico de inicio en la infancia que comprende un patrón persistente de conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad cuyos síntomas pueden perdurar hasta la edad adulta. Se considera que el trastorno está presente cuando estas conductas tienen mayor frecuencia e intensidad de lo que es habitual según la edad y el desarrollo de la persona, y tales manifestaciones interfieren de forma significativa en el rendimiento escolar o laboral, y en sus actividades cotidianas (DSM-IV-TR, 2001).

El TDAH representa un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, que se estima, según las fuentes epidemiológicas, entre un 3 y un 7% de la población escolar (DSM-IV-TR, 2001). Los niños con este trastorno tienen un mayor riesgo de fracaso escolar, problemas de comportamiento y dificultades en las relaciones socio-familiares como consecuencia de los síntomas propios del TDAH. El curso del trastorno es crónico y requiere tratamiento a largo plazo, con el correspondiente coste social.

No hay acuerdo en nuestro medio acerca de qué instrumentos hay que utilizar para la evaluación de niños con posible TDAH; 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 conduce a un infradiagnóstico o sobrediagnóstico del TDAH. No existen marcadores biológicos que nos permitan diagnosticar el TDAH, por lo que el diagnóstico es clínico. 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. En lo que respecta a las opciones terapéuticas con fármacos, existe controversia acerca de si usar estimulantes o no estimulantes como primera elección, si la eficacia persiste en los tratamientos de más de 12 semanas de duración, si es recomendable suspender la medicación durante los períodos vacacionales o fines de semana, así como la duración del tratamiento farmacológico. En cuanto al tratamiento psicosocial, los datos son contradictorios respecto a la eficacia, la duración y la generalización de los resultados. Tampoco hay consenso sobre cómo medir la respuesta terapéutica, los efectos secundarios del tratamiento y la frecuencia de visitas de seguimiento. La gran variabilidad en el tratamiento y la controversia en las áreas mencionadas justifican la elaboración de una GPC que recoja la mejor evidencia científica disponible hasta el momento.

La mayoría de las guías disponibles para el TDAH en España proceden del mundo anglosajón y están poco adaptadas a nuestra realidad asistencial y social.

Esta GPC sobre el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes, realizada por expertos que trabajan en España, conocedores de la idiosincrasia propia de nuestro sistema sanitario y de sus profesionales, pretende cubrir ese vacío dando recomendaciones válidas para nuestro entorno a las cuestiones básicas del trastorno, especialmente a las relacionadas con la evaluación diagnóstica y los diferentes tipos de tratamiento del TDAH en niños y adolescentes, basadas en las



mejores evidencias científicas disponibles hasta la fecha, y elaboradas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los cuidadores que intervienen en el manejo de estos pacientes en la toma de decisiones sobre la asistencia más apropiada. Es la primera GPC sobre TDAH en niños y adolescentes realizada con esta metodología en España. La Fundación Sant Joan de Déu (FSJD), junto con la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya (AATRM) han sido las encargadas de elaborar esta guía.

¿Cuál es la magnitud del problema?

El TDAH es uno de los motivos más frecuentes por los que los niños son remitidos al pediatra, neuropediatra o al equipo de salud mental debido a que presentan problemas de conducta. De hecho, el TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos (neurobiológicos) del niño y del adolescente más prevalentes (Barkley, 2006).

Las tasas de prevalencia son marcadamente dispares según los criterios diagnósticos empleados, el origen de las muestras (clínicas o poblacionales), la metodología, y las edades y el sexo escogidos (Benjumea, 2006). Los rangos de prevalencia se sitúan entre el 1,9 y 14,4% (DuPaul et al., 2001). El DSM-IV-TR refiere una prevalencia estimada entre el 3-7% de la población en edad escolar. Polanczyk et al. (2007) comunicaron una prevalencia mundial del 5,29%. En España, al igual que en otros estudios europeos, las tasas de prevalencia son similares, Cardo et al. (2007) informaban de una prevalencia del TDAH en niños de 6 a 11 años del 4,57%.

¿Por qué existe esta variabilidad en la práctica clínica del TDAH?

Los pacientes con TDAH suponen un grupo bastante heterogéneo que, presenta una variación considerable en la intensidad de los síntomas, la edad de inicio y en la presencia de los síntomas en distintas situaciones. Los síntomas del TDAH se pueden ver afectados por factores situacionales, como el momento del día o el cansancio, y factores motivacionales, la posibilidad de supervisión, etc. (Barkley et al., 2006).

Esta situación ha conllevado a que algunos profesionales cuestionen su existencia llevándose a preguntar cuáles son los motivos por los que cada vez más personas presentan síntomas de TDAH, y sugiriendo que esto puede ser una moda pasajera en el diagnóstico psiquiátrico. Críticos sociales, y algunos profesionales no expertos en el tema, afirman 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 los padres y docentes, por la ansiedad cultural y parental en torno a la crianza de los niños o por una inespecífica o indocumentada conspiración entre la comunidad médica y las compañías farmacéuticas (Barkley et al., 2006).

Las impresiones clínicas sobre la validez de diagnóstico del TDAH y la eficacia del tratamiento están sólidamente confirmadas por la investigación empírica. La American Medical Association (AMA) encargó un estudio que concluye que «el TDAH es uno de los trastornos mejor estudiados en medicina y los

datos generales sobre su validez son más convincentes que en la mayoría de los trastornos mentales e incluso que en muchas enfermedades» (Goldman et al., 1998).

De la experiencia clínica en la evaluación de personas diagnosticadas de TDAH se observa que los síntomas del trastorno tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, y causan una importante morbilidad y disfuncionalidad en el niño y en el grupo de compañeros y su familia (Cardo y Servera, 2008).

¿Cuáles son las repercusiones sanitarias del TDAH?

Las repercusiones del TDAH no sólo afectan a los pacientes, sino a sus familias. Si el TDAH no es tratado o es infratratado, se asocia, 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. 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 (Jensen et al., 1997; MTA, 1999). Tanto en la adolescencia como en la edad adulta, son frecuentes los problemas de baja autoestima y escasas habilidades sociales (Pomerleau et al., 1995; Biederman et al., 1997). También el inicio del consumo de sustancias es más precoz en estos pacientes, y es menos probable la abstinencia en la edad adulta. En un estudio realizado por Escobar et al. (2005) que comparó la calidad de vida entre pacientes con TDAH y pacientes asmáticos, los autores concluyeron que el TDAH interfiere en la vida diaria de niños, padres y familias más que el asma, principalmente en los aspectos relacionados con el funcionamiento psicosocial, y también conlleva el consecuente deterioro en el funcionamiento físico. Los retrasos en el reconocimiento, la valoración, y el tratamiento del TDAH puede afectar negativamente a la calidad de vida de estos niños. En este mismo estudio se observó que entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico del TDAH transcurren, de media, casi 6 años.

En estos momentos la GPC de TDAH se encuentra en proceso de maquetación por lo que estará disponible a finales del 1er Trimestre de 2010. Será de libre acceso y existirá una versión completa, una versión resumida y una versión para padres y tutores.

Agradecimientos: al grupo elaborador de la guía compuesto por Cristina Boix, Roser Colomé, Mónica Fernández, Rosa Gassió, Jon Izaguirre, Beatriz Mena, Juan Ortiz, Anna Sans, Eduardo Serrano, Anna Torres sin los cuales no hubiese sido posible la realización de esta Guía de Práctica Clínica.

Puedes consultar la Bibliografía íntegra de este artículo en Fundacion Adana.

Nota sobre el TDAH del Congreso Español al Gobierno

La **Comisión de Sanidad del Congreso** ha aprobado por unanimidad una proposición no de ley relativa a la atención integral de niños que padecen el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.

Esta iniciativa insta al Gobierno a que se preste "especial atención" al diagnóstico precoz mediante la elaboración y la difusión de una guía de práctica clínica que sirva de apoyo a los pro-

fesionales sanitarios de Atención Primaria, especializada y a los educadores.

Igualmente, la proposición pide impulsar que las comunidades autónomas adecúen los servicios con programas específicos de reeducación psicopedagógica para dar respuesta a las necesidades de quienes padecen este trastorno, así como a estimular recursos financieros para este fin. (29-10-2009)

I Encuentro con un Experto

El 11 de Diciembre inauguramos con gran éxito en Caixa Fórum Barcelona, la actividad anual **I Encuentro con un Experto**. En esta ocasión, la experta invitada fue la **Dra. Anna Sans Fitó**, Coordinadora de la Unidad de Trastornos del Aprendizaje del Servicio de Neurología del Hospital San Juan de Dios de Barcelona. La Dra. Sans impartió ante un aforo de 150 maestros y pedagogos una interesante conferencia-coloquio sobre los Trastornos del Aprendizaje.



Concierto Benéfico

La recaudación del concierto benéfico que ofreció el **Grupo Divinas** el pasado mes de octubre en Luz de Gas fue de 4.000 Euros. Estos fondos nos permitirán becar a cinco niños que recibirán tratamiento psicopedagógico durante un año. En nombre de ellos y sus familias: **GRACIAS!**



Agenda

- **II Encuentro con un Experto: Invitado, Dr. José J. Bauermeister** (ver contraportada). 30 de Abril de 18 a 20.30h. Auditorio Cosmo Caixa. Barcelona. Organiza Adana.
- **Cursos: "Niños y adolescentes con comportamiento difícil" y "Dislexia y TDAH"**. Enero-Febrero. Barcelona. Organiza Adana.
- **III Congreso Nacional TDAH**. 22 al 24 Abril. Granada. www.feadah.es; www.ampachico.es; www.congresosgstac.es
- **Congreso Mundial de Terapias Cognitivoconductuales (WCBC)**. 2 al 5 de junio. Boston. www.wcbct2010.org

II Semana Europea de TDAH

En el marco de la II Semana Europea de TDAH, Isabel Rubió tomó parte en el coloquio que la Asociación HyperSupers - TDAH Francia y el Centro Pediátrico de las Patologías del Sueño (C.P.P.S.) del Hospital Robert Debré, organizaron en París bajo el Patrocinio del Ministerio de Salud y Deporte francés. Isabel Rubió intervino con la charla **"El recorrido del cuidado según los pacientes en Europa y Francia"**. Este encuentro tenía como objetivos: contribuir a la mejora de las prácticas de evaluación, diagnóstico y control, proponer respuestas concretas al diagnóstico erróneo, terapéutico y farmacoterapéutico en los pacientes, así como mejorar el conocimiento del TDAH y sensibilizar a las autoridades públicas.

Subvenciones concedidas en el 2009 por:

- Fundación Caja Navarra
- Obra Social Caixa Manresa
- Fundació Cruyff
- Ayuntamiento de Barcelona
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya
- Departament de Vicepresidència de la Generalitat de Catalunya
- Departament d'Acció Social i Ciutadania. Secretaria de Polítiques Familiars, Generalitat de Catalunya
- Departament d'Acció Social i Ciutadania. Direcció General d'Atenció a la Infància i Adolescència, Generalitat de Catalunya
- Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya
- Departament d'Acció Social i Ciutadania. Secretaria General de Joventut de la Generalitat de Catalunya
- Obra Social Caixa Tarragona
- Diputació de Barcelona. Àrea de Benestar Social
- Fundación Antoni Serra Santamans
- Fundación M^a Francisca Roviralta
- Fundación Solidaridad Carrefour
- Fundación La Caixa

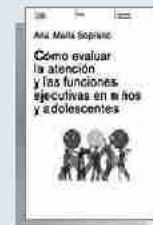
Premio voluntaria del año 2009

Idoia Loroño, presidenta de la Asociación de Hiperactivos con Déficit de Atención, AHIDA, ha sido galardonada con el premio a la persona voluntaria del año 2009 en el marco de los **XVI Encuentros de Voluntariado de Getxo**. Desde Adana News le enviamos nuestra más cálida felicitación.



Recomendamos

Libros



■ **Cómo Evaluar la Atención y las Funciones Ejecutivas en Niños y Adolescentes**
Autor: Ana María Soprano
Edita: Paidós

Ofrece un exhaustivo panorama de los recursos clínicos y psicométricos con los que cuenta el profesional a la hora de evaluar la atención y las funciones ejecutivas en niños y adolescentes.



■ **Un día en la vida de un adulto con TDAH**
Autor: Dra. Vera Joffe
Edita: J&C Ediciones Médicas

Presenta los retos con los que se enfrenta un adulto con TDAH y las herramientas para enfrentarse en su día a día.



■ **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a lo largo de la vida**
Autor: F.J. Quintero Gutiérrez del Alamo, F.J. Quintero Lumbreras, Javier Correas

Transmite la visión global de lo que este trastorno representa a lo largo de la vida para los afectados y sus familias.

Webs

- <http://newideas.net>
Web dirigida a padres con hijos con TDAH.
- www.addinschool.com
Una herramienta para profesores.
- www.adhd.org.nz
Web sobre TDAH en Nueva Zelanda



Colaboradores

- **Nuestro agradecimiento a Dr. Prandi, así como a:** ■ PROUS SCIENCE S.A. ■ AMIGOS DE ADANA

