

Viernes 12 de noviembre de 2004

Seminario:

“Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH). Manejo en la consulta del pediatra de Atención Primaria. Atención a la comorbilidad y abordaje multidisciplinario”

Moderador:

Maximino Fernández Pérez

Pediatra, CS La Felguera, Asturias

■ **El pediatra de Atención Primaria y el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad**

Maximino Fernández Pérez

Pediatra, CS La Felguera, Asturias

Marta María López Benito

Pediatra, CS de Contrueces, Gijón, Asturias

■ **Atención a la Comorbilidad del TDAH por el pediatra de Atención Primaria. Bases de la Entrevista Psiquiátrica**

César Soutullo Esperón

Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente

Departamento de Psiquiatría y Psicología

Médica, Clínica Universitaria, Facultad

de Medicina, Universidad de Navarra

■ **Atención psicopedagógica y familiar en el Trastorno por Déficit de atención con o sin Hiperactividad**

M^a Dolores Grau Sevilla

Profesora de psicología, Universidad Católica

San Vicente Mártir de Valencia

José Valero García Garrido

Director del Servicio Psicopedagógico Escolar

V-6 Alzira, Valencia.

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Soutullo Esperón C. Atención a la Comorbilidad del TDAH por el pediatra de Atención Primaria. Bases de la Entrevista Psiquiátrica. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004: p. 133-152.

Atención a la Comorbilidad del TDAH por el pediatra de Atención Primaria. Bases de la Entrevista Psiquiátrica

César Soutullo Esperón

Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente

Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica,

Clínica Universitaria, Facultad de Medicina, Universidad de Navarra

csoutullo@unav.es

INTRODUCCIÓN

El TDAH es un trastorno frecuente en la infancia que afecta entre el 6 al 10% de los niños en edad escolar.¹ Se asocia con retraso y dificultades del funcionamiento académico y social² y también a morbilidad significativa y peor funcionamiento en la edad adulta.^{3,4} Los niños con TDAH de ambos sexos y a cualquier edad generan un gasto médico total y una utilización de recursos médicos (hospitalización, visitas en consulta, y urgencias) de más del doble que niños de igual edad sin TDAH ($p < 0,001$). Todo esto indica que la “carga” negativa del TDAH se extiende más allá de los parámetros sociales, conductuales y académicos⁵. El TDAH es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia⁶, y es un trastorno heterogéneo, de inicio temprano, con un gran impacto social en términos de coste económico, estrés familiar, adversidad académica y vocacional, y con un claro efecto negativo sobre la autoestima del sujeto afectado⁷. Esta entidad clínica se denomina TDAH según criterios DSM-IV y Trastorno hiperactivo (una forma más severa y menos frecuente)⁸ según criterios CIE-10.

DIFERENCIAS EN CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE-10 Y DSM-IV Y PREVALENCIA EN EE.UU. Y EUROPA

Para diagnosticar un trastorno hiperactivo la CIE-10⁹ requiere que el paciente presente al menos seis síntomas persistentes de inatención y tres síntomas de hiperactividad y también un síntoma de impulsividad (6+3+1), que estén presentes en más de 1 ambiente de la vida del niño. El DSM-IV¹⁰ define el TDAH de una forma más amplia, y requiere la presencia de 6 síntomas de inatención ó 6 de hiperactividad/impulsividad (6 ó 6) para los tipos inatento o hiperactivo/impulsivo respectivamente, ó 6

síntomas de cada grupo (6+6) en el tipo combinado. Los síntomas deben estar presentes antes de los 7 años en al menos dos ambientes de la vida del niño, y durar al menos 6 meses.⁸ El trastorno hiperactivo CIE-10 es un síndrome más severo y menos frecuente, ya que precisa de 10 síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad. El TDAH del DSM-IV tiene tres posibles tipos: hiperactivo/impulsivo (6 síntomas), inatento (6 síntomas) o combinado (12 síntomas). La prevalencia del TDAH usando criterios DSM-IV es del 5% de los niños en edad escolar.¹⁰ Hay estudios que encontraron prevalencias del 9,6% en Alemania, 3,7% en Suecia, 6% en España, 17% en Colombia y 9% en Hong-Kong.^{11,12} Las diferencias de prevalencia dependen de los criterios diagnósticos usados (CIE-10 o DSM-IV) y de cómo se hace el diagnóstico: con evaluaciones clínicas (la forma más fiable), o con cuestionarios a padres, profesores, a ambos.¹² La prevalencia real estimada del TDAH según varios estudios epidemiológicos usando diferentes criterios diagnósticos estará probablemente entre el 2% y el 10%.¹³

La **prevalencia en España** se ha estimado entre el 4-6% de los niños entre 6 y 15 años en Sanlúcar la Mayor (Sevilla) utilizando Cuestionario de Conners,¹⁴ el 1-2% en un estudio de validación del cuestionario de Conners en Navarra,¹⁵ el 3,5% en niños de 8 años, el 2,1% en niños de 11 años, y el 1,9% en niños de 15 años en la ciudad de Valencia¹⁶, y del 3,6% + 1,8%¹⁷ al 8,0% + 2,7%¹⁸ en niños de 10 años en Valencia capital.

DIAGNÓSTICO DEL TDAH

El diagnóstico del TDAH se basa en una historia clínica detallada y observación directa por los padres, profesores y profesionales.¹⁹ No existe ningún marcador psicológico o biológico, prueba o test patognomónico de la enfermedad.¹⁹

Para hacer un diagnóstico de TDAH según criterios DSM-IV¹⁰ se tienen que cumplir 5 criterios diagnósticos: 1) presencia de 6 síntomas de inatención o 6 síntomas de hiperactividad/impulsividad; 2) un criterio de edad, con presencia de algunos síntomas con deterioro antes de los 7 años; 3) presencia de deterioro funcional en al

menos dos ambientes; 4) evidencia de deterioro social, académico u ocupacional, y 5) diagnóstico diferencial con otros problemas médicos y psiquiátricos. Este sistema diagnóstico se basa en 1) estimaciones cuantitativas de la severidad de los síntomas, 2) deterioro funcional según el nivel evolutivo, y 3) un diagnóstico diferencial. A veces es difícil porque los síntomas pueden cambiar con la edad y no hay en el DSM-IV directrices claras sobre qué constituye un patrón maladaptativo desproporcionado para el nivel de desarrollo. Finalmente, el 5º criterio de diagnóstico diferencial implica un buen conocimiento de otros trastornos psiquiátricos además del TDAH. Es importante que el pediatra de atención primaria esté formado suficientemente y tenga tiempo para realizar una evaluación psiquiátrica para excluir otros trastornos psiquiátricos como trastornos psicóticos, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos de ansiedad, trastornos del humor, trastornos disociativos, etc.²⁰ Si esto no es posible, el pediatra debe referir el paciente al especialista en psiquiatría infantil y adolescente o en neuropsiquiatría, especialmente aquellos pacientes que no respondan bien al tratamiento, o que presenten otros problemas asociados. Estos problemas pueden ser de comorbilidad psiquiátrica, problemas neurológicos, problemas del aprendizaje, o dinámica familiar que complique el caso.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante un niño con posible TDAH debe considerarse un amplio diagnóstico diferencial: evolutivo, médico, neurológico, psiquiátrico y social. Evolutivamente el TDAH debe distinguirse de una actividad excesiva e inatención normales para la edad del niño. Desde el punto de vista médico el TDAH debe diferenciarse de problemas de visión o de audición, epilepsia (especialmente ausencias), secuelas de traumatismo craneoencefálico, problemas médicos agudos (infecciones) o crónicos (anemia, hipotiroidismo), mala nutrición, o un sueño insuficiente debido a un trastorno del sueño o a un problema en el ambiente. Pacientes con síndrome de Tourette pueden distraerse por la urgencia premonitory que precede a un tic, o por el esfuerzo para inhibir los tics. Fármacos como fenobarbital, carbamacepina y posiblemente teofilina, y drogas como

alcohol o cannabis pueden reducir la atención. Debe descartarse retraso mental, cociente intelectual en el límite de lo normal, y trastornos del aprendizaje. También debe hacerse un diagnóstico diferencial psiquiátrico con trastornos de ansiedad, trastornos del humor (depresión, trastorno bipolar, distimia), trastornos generalizados del desarrollo (espectro autista), y trastorno negativista desafiante sin TDAH. Además, desde el punto de vista social, las secuelas de abuso o abandono de las necesidades del niño, y tanto una estimulación insuficiente como una estimulación excesiva pueden interferir con la atención. A veces las exigencias o expectativas de los padres y profesores pueden no ser adecuadas para el nivel de desarrollo del niño^{6,10,21,22}.

COMORBILIDAD EN NIÑOS CON TDAH: PROBLEMAS QUE SUELEN ACOMPAÑAR AL TDAH

El TDAH frecuentemente se acompaña de otros problemas en niños. Suele haber más problemas cuanto más tiempo ha pasado el TDAH sin tratamiento correcto. Los trastornos que con frecuencia acompañan al TDAH son el trastorno oposicional desafiante, los trastornos del humor (depresión o enfermedad bipolar), y los trastornos de ansiedad. Otros trastornos menos frecuentes en niños con TDAH son: trastornos del aprendizaje, de la coordinación, trastornos por tics (motores y/o vocales-fónicos), y trastornos del espectro autista. Cuando el TDAH se acompaña de otros problemas, a veces es más difícil de diagnosticar, y suele tener un curso más crónico. Además, a veces hay que combinar medicaciones para tratar el TDAH y el trastorno que lo acompaña. Hay niños con TDAH que tienen varios problemas asociados. En general, la comorbilidad es más frecuente en el tipo combinado de TDAH, y los niños suelen tener más problemas asociados que las niñas.

I. Trastorno oposicional/negativista desafiante

El Trastorno oposicional/negativista desafiante es una forma de gravedad moderada de problema del comportamiento que ocurre en la infancia y adolescencia temprana en el cual el niño es muy beligerante, discute

mucho las órdenes que se le dan, es desafiante y hace con frecuencia lo contrario de lo que se le manda, pero sin producirse violaciones serias de los derechos de otros ni de las normas sociales. El niño se comporta de forma obstinada, negativista y provocativa, intentando buscar puntos de fricción con los padres, provocando y discutiendo sus normas e intentando incumplirlas. Este comportamiento dura al menos 6 meses de forma continuada, lo que lo diferencia de los "problemas normales" de la adolescencia, que pueden durar unas semanas, mejorar y volver a empeorar según el ambiente. Con frecuencia este comportamiento oposicional se mantiene aunque sea en su propio perjuicio (prefieren salir perdiendo a ceder), y supone enfados explosivos, riñas frecuentes con adultos, desafío de las reglas, molestar a los demás intencionalmente, culpar a los demás de sus errores, estar muy sensible a los comentarios de otros, y ser muy resentido y vengativo, teniendo estos comportamientos varias veces a la semana o con regularidad, sin ser un problema esporádico.

Aproximadamente un 3 al 8% de los niños en la población general tienen este problema, siendo de 2 a 3 veces más frecuente en niños que en niñas. El trastorno oposicional desafiante debe diferenciarse del TDAH (donde el niño no obedece porque no recuerda las órdenes recibidas, se despista, o está demasiado hiperactivo para escuchar o terminar ninguna tarea). Además el trastorno oposicional desafiante con frecuencia está también presente en niños con TDAH, ocurriendo los dos problemas simultáneamente. Un porcentaje alto (hasta el 40%) de los niños con trastorno oposicional desafiante desarrollan la forma más severa llamada trastorno de la conducta, especialmente aquellos con nivel intelectual inferior, historia de muchas peleas, y gran resistencia a la disciplina paterna, pero la mayoría de los niños con trastorno oposicional desafiante no desarrollan trastorno de la conducta.

Algunos de estos comportamientos oposicionales son normales en niños de 1,5 a 3 años y después en la adolescencia, y todos los padres y madres con niños de esta edad saben lo difícil que es esta época. En niños con ansiedad por separación y otros trastornos de an-

siedad puede haber rabietas fuertes a la hora de dormir, o al dejarles en el colegio, pero suele ser alrededor de algo a lo que tienen miedo. También los niños con depresión o con enfermedad maniaco-depresiva tienen irritabilidad extrema y prolongada, pero hay otros síntomas como apatía, energía baja, desinterés, problemas del sueño y apetito, e ideas de culpa, de autoestima baja o de muerte. Típicamente el humor de un niño con trastorno oposicional desafiante mejora cuando se salen con la suya o cuando están con sus amigos, lo cual no suele suceder en niños con depresión, que a veces ni tienen interés por salir con amigos. Otro problema en el que se debe pensar cuando hay un comportamiento oposicional desafiante es en el abuso de alcohol o drogas (marihuana principalmente, pero también anfetaminas y otras pastillas de abuso), en este caso se puede observar un secretismo y alejamiento de los padres, aunque muchas veces lo tienen muy bien camuflado.

2. Trastornos de ansiedad

2.1. Ansiedad por separación. Una causa frecuente de rechazo y fracaso escolar en niños pequeños es la ansiedad, especialmente ansiedad por separación. El niño tiene mucho miedo a separarse de los padres y con frecuencia tiene síntomas físicos como dolores de "tripa", vómitos, dolores de cabeza, etc., cuando van al colegio pero no los presentan los fines de semana. Tampoco les gusta que los padres se vayan a cenar o al cine y los dejen a ellos con los abuelos o una "canguro", y también duermen con los padres o tienen mucho miedo al acostarse. Ese miedo a estar lejos de casa hace que en el colegio estén distraídos, cuando no están en la enfermería por problemas físicos que no tienen causa médica sino psicológica. Estos niños no atienden en el colegio porque están pensando en sus padres y en cuando vendrán a buscarlos.

2.2. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad que afecta a uno de cada 200 jóvenes y en muchos casos afecta de forma grave a su funcionamiento académico, social o familiar. Pocos niños con TOC son diagnosticados y menos son tratados correctamente.

Muchos niños lo sufren en silencio (ya que no suele molestar a los demás) hasta que sus padres se dan cuenta, pero a veces éstos no piden ayuda y se convierte en un problema secreto, del que no se habla o se hace con vergüenza. Otras veces se confunde con "manías" o costumbres del niño, o con una personalidad limpia o muy ordenada.

Obsesividad normal: cierta obsesividad y compulsividad es normal en niños pequeños, entre los 2 a los 10 años, y los adolescentes a veces tienen formas peculiares o costumbres idiosincráticas de hacer las cosas. Debe distinguirse ésta obsesividad o rigidez normal para la edad de un TOC. Los rituales a la hora de dormir o en torno a la higiene o la eliminación son frecuentes en niños pequeños y no representan patología, pero si duran mucho tiempo todas las noches o si no van mejorando con la edad pueden sugerir un problema.

Definición del TOC: el TOC es un trastorno de ansiedad en el que el niño presenta obsesiones y compulsiones, aunque a veces sólo tiene obsesiones o sólo compulsiones. Al menos alguna vez el niño reconoce que las obsesiones o las compulsiones son excesivas o absurdas. No se trata solamente de obsesiones en el contexto de otros trastornos psiquiátricos (como una obsesión por el peso en la anorexia, o por la apariencia corporal en el trastorno dismórfico corporal).

Las **obsesiones** son ideas, impulsos o imágenes mentales recurrentes que el niño tiene sin querer (no las puede evitar aunque no le gusten) y que le producen mucha ansiedad o distress. No se trata de simples preocupaciones sobre problemas de la vida diaria, el niño intenta ignorarlas o suprimirlas y generalmente reconoce que son producto de su mente y no son reales.

Las **compulsiones** son comportamientos repetitivos (lavarse las manos, ordenar cosas, asegurarse de cosas) o acciones mentales (rezar, contar, repetir palabras) que el niño se siente empujado a hacer en respuesta a una obsesión, o según reglas aplicadas rígidamente. Estos comportamientos repetitivos tienen por objeto prevenir o reducir la ansiedad o prevenir que algo malo pase,

aunque no tienen conexión con la acción que intentan prevenir o son claramente excesivas.

Las obsesiones más frecuentes en niños con TOC incluyen: 1) temor a contaminarse, 2) temor a causar daño a otros o a que le pase algo a los padres, familia..., 3) ideas agresivas o de contenido sexual, 4) escrupulosidad/religiosidad excesiva, 5) pensamientos prohibidos, 6) necesidad de simetría, y 7) necesidad de decir o confesar.

Las compulsiones más frecuentes en los niños con TOC son: 1) Lavarse, 2) repetir una acción hasta hacerla "bien", 3) asegurarse (de haber cerrado la puerta, de haber cerrado el agua...), 4) tocar, 5) contar objetos o hasta un determinado número, 6) ordenar, 7) acumular (no poder tirar nada), 8) rezar, etc.

Más del 85% de los niños que sufren TOC tienen compulsiones de lavarse, y deben pasar varias horas al día lavándose las manos (u otra parte del cuerpo) hasta hacerse heridas. El 51% tienen compulsiones de repetir acciones, y pasan horas al día vistiéndose de forma "correcta", o repasando los deberes y haciéndolos una y otra vez si cometen un error (no toleran borrar un error o tacharlo). La tercera compulsión más frecuente es asegurarse, que está presente en el 46% de los niños afectados, y pasan mucho tiempo mirando a ver si han cerrado bien la puerta de casa, o el grifo, o preguntando a los padres si han apagado el gas o cerrado el coche con llave, etc.

Las obsesiones pueden variar con la edad, por ejemplo, un niño pequeño puede temer que le hagan daño a él o a sus padres (a que un ladrón entre por la ventana o puerta abierta), y realizará compulsiones de comprobación de las cerraduras antes de poderse acostar. Un niño en edad escolar puede tener miedo a contagiarse de alguna enfermedad, o a los gérmenes, y realizará rituales de lavarse de forma repetida.

El TOC en niños empieza entre los 7 a 10 años (lo que coincide en el tiempo con los primeros años de educación primaria, pero sin ser ésta su causa) y tiene una prevalencia de vida de entre 0,3 al 1,9 % en niños y adoles-

centes. Un tercio de los adultos que sufren TOC dicen que los síntomas empezaron en la infancia. Muy frecuentemente el niño se avergüenza de sus compulsiones porque reconoce que no son lógicas, pero no las puede evitar, por tener mucho miedo a que algo suceda. Con frecuencia los niños enredan a los padres en sus compulsiones, por ejemplo, haciéndoles lavarse las manos antes de poner la mesa, y antes de servir la comida, y cada vez que se corta el pan, o hacerles servir la comida con guantes, etc., hasta hacer la convivencia muy difícil. A veces los síntomas afectan mucho al niño en el colegio (no pudiendo usar los baños por miedo al contagio, repitiendo los ejercicios una y otra vez a pesar de que el maestro diga lo contrario...) y a veces sólo están presentes en casa, por lo que los padres creen que el niño los hace para "fastidiarles" o hacerles la vida imposible.

Etiología: no se conoce la etiología del TOC, pero sí sabemos que no es una respuesta a un supuesto "conflicto intrapsíquico" ni tampoco por un "conflicto sexual reprimido" como decían las teorías psicoanalíticas. Tampoco se debe al efecto de los padres sobre el niño, ni al nacimiento de un hermano menor, ni al estrés del colegio, etc. Debido a la respuesta positiva del TOC al tratamiento con antidepresivos ISRS (inhibidores de recaptación de serotonina), actualmente se está estudiando la llamada hipótesis serotoninérgica del TOC. Estudios genéticos indican que el TOC tiene relación con algunos trastornos por tics, como el trastorno de Tourette (tics motores y vocales). Estudios de neuroimagen funcional con PET (Tomografía de emisión de positrones) han encontrado funcionamiento anormal en los circuitos cerebrales que comunican la corteza cerebral con el núcleo caudado. Algunos niños que sufren una faringitis por estreptococo sufren un brote de TOC posteriormente, producido por una respuesta autoinmune de anticuerpos anti-estreptococo, similar a la que se produce en la Corea de Sydenham, que lesiona el núcleo caudado. Esta enfermedad se llama "PANDAS", las siglas en inglés de "Enfermedad Pediátrica Autoinmune Neuropsiquiátrica Asociada a Estreptococo"²³.

Tratamiento del TOC: la mayoría de los niños con TOC se pueden tratar y mejoran con una combinación de psicoterapia cognitiva conductual llamada de "expo-

sición y prevención de respuesta" (E-PR) y un antidepresivo inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) (fluoxetina, sertralina, paroxetina, o fluvoxamina). La dosis y la duración del tratamiento es superior a la necesaria para tratar la depresión, pero si se hace correctamente, se obtienen resultados satisfactorios. En los casos donde hay un posible origen en una infección estreptocócica se puede tratar con antibióticos o plasmáferesis. La psicoterapia psicoanalítica no ayuda en niños con TOC.

Parte del tratamiento de psicoterapia conductual incluye enseñar al niño y a los padres a hablar de una forma diferente del TOC, y separar lo que es el niño de lo que es el TOC. El niño aprende a esperar que vengan estos pensamientos involuntarios y absurdos, y poco a poco evita hacer la compulsión, por ejemplo, se le hace tocar un picaporte y resistir el impulso de lavarse las manos. Mientras el niño no puede lavarse se hacen ejercicios de relajación, de valoración realista del riesgo, y de distracción, y así disminuye la ansiedad sin necesidad del acto compulsivo. Poco a poco el niño va eliminando las compulsiones, empezando por las le cuesta menos evitar. El niño también realiza ejercicios en casa ayudado por sus padres. Al asociar un tratamiento conductual a la medicación se aumenta la probabilidad de que el niño siga libre de síntomas cuando se decida interrumpir gradualmente la medicación. Pueden ser muy útiles los grupos de apoyo para padres de niños con TOC o las asociaciones nacionales o regionales de pacientes con TOC.

3. Trastorno por Tics motores o vocales y Trastorno de Tourette

Definición: un tic es un movimiento o una vocalización que ocurre súbitamente, de forma recurrente, no rítmica y estereotipada, o que se produce siempre de forma parecida. Los tics son involuntarios, pero pueden ser suprimidos temporalmente de forma consciente. A veces los niños controlan los tics en el colegio y los realizan cuando están solos en casa. Los tics empeoran en épocas de estrés, ansiedad, excitación, aburrimiento o fatiga, y desaparecen en frecuencia y severidad mientras el niño se concentra en algo que le gusta, si está relaja-

do, tras beber alcohol, o durante el sueño. Algunos niños pueden tener tics breves o aislados o hacer movimientos (gestos, parpadeos repetidos) sin que esto signifique que tienen un trastorno por tics, ya que rara vez persisten más de dos semanas.

Los trastornos por tics incluyen: el Trastorno de Gilles de la Tourette (la forma más severa y menos frecuente), el trastorno por tics motores o vocales crónicos, y el trastorno por tics transitorios que es la forma más leve.

Los tics simples están presentes hasta en el 25% de los niños, y el Trastorno de Tourette en 1 de cada 1.000 niños y 1 de cada 10.000 niñas. En el trastorno de Tourette el niño tiene varios tics motores y uno o más tics vocales, varias veces al día, casi todos los días, durante más de un año, y no hay ningún periodo de tres meses sin tics. Provoca malestar notable o deterioro significativo social, laboral, o en otras áreas, y aparece antes de los 18 años.

Los tics motores pueden afectar a cualquier grupo de músculos, pero suelen empezar por la cara y músculos del cuello. A veces hay tics complejos que pueden ser autoagresivos, como arañarse, cortarse, arrancarse los padrastros de los dedos, etc. A veces hacen movimientos o gestos obscenos con las manos o los dedos (copropraxia). Los tics vocales pueden ser variados, desde sonidos simples, aclararse la garganta o la nariz, toser repetidamente, o decir sílabas, palabras, y hasta frases. A veces las palabras emitidas pueden ser insultos de intensidad variable, incluyendo insultos de contenido sexual, o incluso juramentos o blasfemias (coprolalia), dificultando la vida del niño. Otras veces los niños repiten sus propias palabras una y otra vez (palilalia) o repiten las palabras de otros (ecolalia).

Causas de los tics: se cree que los tics son debidos a una disfunción de los neurotransmisores en los ganglios basales, el neurotransmisor que se cree está alterado es la dopamina. No hay influencia del nivel socioeconómico y hay factores genéticos implicados, ya que hasta 2/3 de los familiares de niños con trastorno de Tourette tienen algún tipo de tic. En las familias afectadas, los varones tienen tics con más frecuencia, y las mujeres tras-

tomo obsesivo-compulsivo (TOC). En un 33% de los niños con trastorno de Tourette el trastorno es debido a un proceso autoinmune, el PANDAS. Los niños con trastorno de Tourette el desarrollo del lenguaje y la inteligencia suele ser normal.

Curso y pronóstico del Trastorno por Tics y de Tourette: el trastorno de Tourette empieza entre los 2 y los 10 años, generalmente con un tic motor simple, y luego van apareciendo más tics progresivamente. Hacia los 11 años aparecen los tics vocales o fónicos y puede haber conductas obsesivas y compulsivas. Los tics vocales empiezan como sílabas aisladas y progresan a exclamaciones más largas. Hasta un 25-50% de los niños con trastorno de Tourette tienen síntomas de impulsividad, hiperactividad y déficit de atención. En 2/3 de los pacientes los síntomas desaparecen en la adolescencia aunque pueden persistir en una forma leve durante años. En el resto de los pacientes el trastorno de Tourette dura toda la vida, con altibajos en frecuencia e intensidad. En las formas autoinmunes empeora tras infecciones por estreptococo.

Evaluación y diagnóstico diferencial de los tics: la evaluación del niño debe hacerla un especialista para descartar otros trastornos como TDAH, TOC y trastornos del aprendizaje. Se debe realizar un examen neurológico para descartar otros trastornos del movimiento, y a veces se realiza un electroencefalograma (EEG) para descartar convulsiones mioclónicas, y otras pruebas para detectar anticuerpos anti-estreptococo (ASLO).

Los pacientes con trastorno de Tourette frecuentemente niegan los síntomas o no se dan cuenta de ellos, y suprimen los tics cuando sus padres les llevan al médico. Por ello el médico puede subestimar la intensidad de los tics, y pueden pasar años desde que aparecen los tics hasta que se hace el diagnóstico. En la evaluación psiquiátrica se buscan otros trastornos como de ansiedad, del humor, y problemas del aprendizaje, así como TDAH, que frecuentemente son comórbidos con los tics motores y vocales. También el médico evaluará la afectación de la función escolar y social por la presencia de los tics. En los niños que sufren de Trastorno de Tourette, TOC y

TDAH es difícil distinguir los tics de las compulsiones y del hiperactividad del TDAH.

Tratamiento de niños con Tics o Tourette: los tics transitorios generalmente no precisan de ningún tratamiento, y el médico recomienda a la familia no prestar atención e intentar ignorar los tics, para que el niño no se sienta observado y "se relaje", lo que hará que tenga menos tics. El objetivo del tratamiento es suprimir o reducir los síntomas, apoyar la adaptación del niño y favorecer su proceso de desarrollo. Se utilizan técnicas de relajación tanto física o muscular como mental para reducir el nivel de ansiedad y estrés del niño ante los tics. Hay medicaciones con efecto sobre la dopamina eficaces en el trastorno de Tourette y los otros trastornos por tics crónicos: los neurolepticos o antipsicóticos (haloperidol, pimocida, risperidona y olanzapina) mejoran hasta un 60-80% de los niños tratados. Otra medicación no-neuroleptica que puede ayudar es la clonidina, con respuesta de hasta el 50%. El tratamiento debe ser individualizado y debe haber un seguimiento para ver si mejoran los síntomas o si aparecen efectos adversos. Antes de empezar el tratamiento hay que observar durante un tiempo la intensidad de los síntomas para luego poder comparar y evaluar la respuesta al tratamiento.

4. Trastornos del Humor: depresión

La depresión es una enfermedad psiquiátrica bastante frecuente y seria en niños y adolescentes. Es una enfermedad del grupo de los trastornos del humor descrita desde hace siglos en distintas culturas. Cuando la depresión se reconoce pronto y se trata adecuadamente, suele responder bien al tratamiento. Sin embargo, cuantos más episodios se hayan tenido, mayor es el riesgo de tener otro episodio. El mejor tratamiento es una combinación de medicación y psicoterapia (individual, de apoyo y de familia). Aproximadamente un 5% (uno de cada 20 niños y adolescentes) tendrá un episodio depresivo antes de cumplir los 19 años. La realidad es que menos de la mitad de estos niños reciben un tratamiento adecuado. La depresión es ya la primera causa de baja laboral en adultos (en EE.UU.), y el suicidio la tercera causa de muerte en jóvenes entre 15 y 24 años, y la sexta en niños entre

5 y 14 años de edad. La depresión es la principal causa de suicidio en todas las edades. Estudios mundiales indican que entre el 1 al 4% de los adultos, y entre el 2 al 10% de los jóvenes han intentado matarse, y muchos dicen que lo han intentado varias veces. Los padres suelen subestimar seriamente la intensidad de la depresión de sus hijos. El comportamiento y los síntomas de los niños y adolescentes con depresión puede ser distinto al de los adultos con depresión, por lo que frecuentemente no es detectado por sus padres, profesores o su médico. Un niño que solía jugar con sus amigos y ahora pasa tiempo solo sin hacer nada de lo que antes le divertía puede tener depresión. Las cosas que antes le interesaban o divertían ahora le parecen aburridas o "no le llenan". A veces los niños con depresión pueden hablar de la muerte, o decir que les gustaría morir, otras veces dicen que si les pasara algo no les importaría mucho. Adolescentes con depresión puede que abusen del alcohol u otras drogas, o causar problemas en casa o en el colegio. Como el niño no parece triste, los padres y profesores pueden no darse cuenta que este comportamiento irritable, desobediente y conflictivo puede ser un signo de depresión, pero si se les pregunta, estos niños frecuentemente dicen que se sienten tristes, desesperanzados, desilusionados, aburridos, cansados, y sin ganas de nada. Además los niños con TDAH con frecuencia tienen depresión, se cree que debido a sus múltiples fracasos en casa, el colegio y con los amigos.

Si el niño tiene de forma continuada y con intensidad alta uno o más de los siguientes signos, el pediatra debe pensar en una posible depresión: 1) Irritabilidad elevada, ira, u hostilidad extrema que dificulta la convivencia en casa o hace que los padres tengan que "ceder" para no provocar conflictos. 2) Tristeza frecuente o episodios de llanto. 3) Sentimientos de desesperanza. 4) Disminución de su interés en actividades, o dificultad para divertirse en actividades que previamente eran sus favoritas. 5) Aburrimiento persistente. 6) Falta de energía o cansancio. 7) Aislamiento social o falta de comunicación. 8) Autoestima baja o sensación de culpa o responsabilidad por cosas malas que puedan pasar. 9) Sensibilidad extrema al rechazo o poca resistencia ante los fallos o errores. 10) Quejas frecuentes sobre problemas físicos (como

dolores de cabeza, o de estómago, mareos, náuseas...) en las que no se encuentra causa médica. 11) Problemas de concentración. 12) Un cambio importante en los hábitos alimentarios o del sueño. 13) Conversaciones sobre intención de escaparse de casa. 14) Pensamientos o expresiones sobre la muerte o intención de suicidarse activa o pasivamente.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Hay muchos estudios que indican la eficacia y seguridad de los estimulantes en el tratamiento de niños con TDAH. También hay estudios que indican la eficacia de varios fármacos no estimulantes como atomoxetina, bupropion²⁴ y antidepresivos tricíclicos²⁵⁻²⁹. A continuación revisamos los fármacos útiles en el tratamiento del TDAH.

I. Uso de fármacos estimulantes en el tratamiento del TDAH

Metilfenidato. El metilfenidato es el único estimulante indicado para el tratamiento del TDAH disponible en España. Se presenta en comprimidos de 5, 10 y 20 mgr (Rubifén®). El reciente estudio MTA del NIMH (National Institute of Mental Health) Americano ha demostrado que en tratamiento farmacológico con seguimiento cuidadoso y estandarizado se asocia con una reducción de los síntomas de TDAH superior al tratamiento con intervención exclusivamente psicosocial.^{30,31} En este estudio, la combinación de medicación + tratamiento psicosocial intensivo (terapia individual, familiar e intervención en el colegio) no producía beneficios adicionales al uso exclusivo de medicación para los síntomas de TDAH, aunque sí mejoraba otros síntomas no-TDAH como comportamientos negativistas-oposicionales y agresivos, síntomas internalizados, interacciones con compañeros, relaciones padres-hijos, y habilidades lectoras. En este estudio de 14 meses de duración además se comprobó que la dosis inicial de metilfenidato debía ajustarse a lo largo del estudio para mantener una respuesta óptima.³²

OROS®-Metilfenidato (Concerta®). Desde 2004 disponemos en España de la forma de metilfenidato de ab-

sorción osmótica OROS®-Metilfenidato que se administra una vez al día. Es una cápsula recubierta de metilfenidato (de liberación inmediata) y rellena de metilfenidato que se libera lentamente a través de un orificio hecho por láser cuando el agua que entra gradualmente en la cápsula hace crecer un polímero hidrofílico que actúa como émbolo. Se presenta en tabletas de liberación prolongada de 18 y 36 mg, y se recomienda iniciar el tratamiento con 18 mg/día e ir subiendo la dosis con ajustes semanales según respuesta hasta un máximo de 54 mgr/día.³³ Tiene eficacia equivalente al metilfenidato pero mantiene un perfil más homogéneo de niveles plasmáticos, y es preferido por los padres sobre el metilfenidato dos o tres veces al día.³⁴⁻³⁷ Además evita el tener que dar una dosis en el colegio reduciendo la posibles "estigmatización" del niño. Puede producir menos efectos como tristeza, al no tener un pico plasmático tan elevado.³⁸ La cápsula de 18 mg equivale a 5 mg tres veces al día (15 mg) de metilfenidato y la de 36 mg a 10 mg tres veces al día (30 mg) de metilfenidato. La equivalencia en mg no es directa, ya que algo de metilfenidato se pierde en el sistema de liberación osmótica. Otro aspecto importante es que la dosis inicial del recubrimiento de metilfenidato de la cápsula que se libera inmediatamente es del 22% de la dosis total de la cápsula. Por ello la cápsula de 18 mg libera inmediatamente 4 mg y la de 36 mg libera 8 mg. Esta dosis inicial es algo inferior a 5, 10 mg de metilfenidato de liberación inmediata, y a veces se nota que el inicio de la acción de Concerta es ligeramente más lento que el de Rubifén.

Formulaciones de metilfenidato no disponibles en España

Metilfenidato liberación prolongada (Ritalin®-LA). Está disponible en el mercado en EE.UU. desde muy recientemente. Hay estudios disponibles sobre la eficacia de metilfenidato liberación prolongada administrado una vez al día.³⁹

D-metilfenidato (Focalin®). Es la forma dextro-metilfenidato, en la que se ha eliminado la forma inactiva levo, con una duración de acción más prolongada y eficaz a dosis aproximadamente de la mitad de la dosis eficaz de metilfenidato.^{40,41}

Otros estimulantes no disponibles en España

Dextroanfetamina (Dexedrine®). Un estimulante de vida media más larga que el metilfenidato disponible en EE.UU. en tabletas de 5 mg, y en cápsulas de liberación prolongada de 5 y 10 mg. Se usa indistintamente de primera elección, o en aquellos pacientes que no responden a metilfenidato.³⁸

Mezcla de sales de anfetamina (Adderall®). Una mezcla de sulfato y sacarato de dextroanfetamina y sulfato y aspartato de anfetamina con efecto modulador sobre dopamina y noradrenalina disponible en EE.UU. en comprimidos de 5, 10, 20 y 30 mg, y en cápsulas de liberación prolongada de 5, 10, 15, 20, 25 y 30 mg, también se usa como primera elección, o en pacientes que no responden a metilfenidato o dextroanfetamina.³⁸

Pemolina (Cylert®). Su uso está muy limitado y desaconsejado debido a toxicidad hepática grave (elevación de enzimas hepáticas, fallo hepático completo, y muerte o trasplante hepático) (aumento de 4 a 17 veces sobre lo esperado en la población normal). En EE.UU. los padres deben dar un consentimiento informado por escrito y es obligatoria una analítica cada dos semanas, y la interrupción del tratamiento si no mejora tras 3 semanas a dosis eficaz.³⁸

Otros estimulantes de posible eficacia (en estudio)

Modafinilo. Estudios recientes indican la posible eficacia del modafinilo (indicado en la narcolepsia) en el tratamiento de niños^{44,45} y adultos⁴⁴ con TDAH, usado como monoterapia, especialmente cuando la anorexia limita el uso de otros estimulantes. El modafinilo es un estimulante de larga vida media disponible en España como Modiodal®, la dosis recomendada en adultos con narcolepsia oscila entre 200-400 mg/día. Se ha usado en niños entre 5 y 15 años.^{42,43}

2. Uso de fármacos no-estimulantes en TDAH

2.1. Bupropion (Wellbutrin®, Zyntabac®, Quomen®).

Bupropion es un anti-depresivo con efecto agonista de dopamina y noradrenérgico eficaz en el tratamiento del TDAH en niños a dosis de hasta 6 mg/kg/día y en adultos en estudios multicéntricos y comparado con metilfenidato.⁴⁶⁻⁵¹ En España está comercializado en comprimidos de 150 mg como tratamiento del abuso de nicotina en fumadores pero no está cubierto por el Sistema Nacional de Salud. Aunque bupropion está asociado a un aumento ligero del riesgo de convulsiones (0,4%), este riesgo está ligado a dosis altas (mayores a 450-600 mg/día ó dosis individuales en una toma mayores a 150 mg en adultos), en pacientes con historia anterior de convulsiones y trastornos de la conducta alimentaria (especialmente anorexia y bulimia con vómitos activos).⁴⁵ Este riesgo se puede minimizar empezando por dosis bajas (37,5 a 50 mg dos veces al día), subiendo la dosis lentamente (cada 2 semanas) y no superando nunca 250 mg/día en niños y 300-400 mgr/día en adolescentes, así como separando las dosis al menos 4 horas.⁵² La dosis óptima en niños suele ser de 150 mgr/día.⁵³ Debido a su efecto dopaminérgico puede producir disminución del peso e insomnio por lo que se recomienda dar la última dosis por la tarde (antes de las 17:00 horas) pero no antes de acostarse.⁵⁴

2.2. Atomoxetina. La atomoxetina es un fármaco no derivado anfetamínico aprobado para el tratamiento de niños, adolescentes y adultos con TDAH en EE.UU., Argentina, Méjico, Australia y Reino Unido. Tiene un efecto inhibitor del transportador presináptico de noradrenalina, por lo que inhibe la recaptación de noradrenalina.⁵⁵ Su eficacia en niños con TDAH se ha demostrado en al menos tres recientes estudios doble-ciego controlados con placebo,⁵⁶⁻⁶⁰ y en estudios en adultos,⁶¹ con seguridad también demostrada⁶²⁻⁶⁴ y eficacia comparable al metilfenidato.⁵⁵ Se ha usado en niños (6-11 años) y adolescentes (12-18 años).⁶⁰ Dosis de 0,5 de 1,2 y de 1,8 mg/kg/día obtenían una mejoría del 62%, 78% y 85% respectivamente sobre los síntomas basales⁶⁴, lo que indica una respuesta dosis-dependiente, siendo la dosis eficaz para la mayoría de los pacientes de 1,2 mg/kg/día.⁵⁸ Las reco-

mendaciones de dosificación son comenzar con 0,5 mg/kg/día en una sola toma por la mañana, y tras una semana subir a 1,2 mg/kg/día en una sola toma. Al igual que metilfenidato, se asocia a ligera pérdida de peso inicialmente (media de 0,6 Kg), pero a diferencia de éste produce menor alteración en el inicio y la arquitectura del sueño, y no afecta a niños con comorbilidad con tics.^{55,59,62,63} No tiene efectos perjudiciales sobre función hepática ni conducción cardíaca.^{55,59,62,63} Este fármaco tiene posibles ventajas sobre los estimulantes en el caso de pacientes con comorbilidad con tics y ansiedad, y en adolescentes con TDAH y abuso de sustancias, ya que al no ser un derivado anfetamínico no tiene potencial de abuso. Se administra una vez al día y tiene un perfil de efecto duradero a lo largo del día, por lo que cuando esté disponible en España (posiblemente finales de 2005) supondrá otra posibilidad para tratar a niños con TDAH.

2.3. Antidepresivos tricíclicos. Se cree que el efecto beneficioso de los tricíclicos en el TDAH deriva de su efecto inhibitor de recaptación de noradrenalina y dopamina. Las ventajas de estos fármacos incluyen su larga vida media (12 hrs) lo que no hace necesario administrarlos en el colegio, la ausencia de potencial de abuso, y sus posibles efectos beneficiosos sobre ansiedad y humor. De los 33 estudios disponibles (21 controlados, 12 abiertos) de tricíclicos (principalmente imipramina y desipramina) en niños y adolescentes (N=1.139) y adultos (N=78) el 91% obtiene un efecto positivo en los síntomas de TDAH. Los beneficios de los tricíclicos son especialmente importantes en niños con TDAH y tics comórbidos.⁴⁵ Sin embargo, los beneficios potenciales del tratamiento del TDAH con tricíclicos se han visto ensombrecidos por la aparición de cuatro casos de muerte súbita inexplicada en niños tratados con desipramina. Los tricíclicos producen elevaciones estadísticamente significativas pero asintomáticas de la frecuencia cardíaca y medidas electrocardiográficas de conducción cardíaca. Aunque estudios recientes indican que el riesgo de muerte súbita con desipramina no es mucho más alto que el riesgo en la población general, se recomienda prudencia y los tricíclicos sólo son fármacos de segunda línea y tras sopesar los riesgos y beneficios con los padres.^{21,45}

2.4. Agonistas noradrenérgicos alfa-2 (Clonidina). Hay sólo 4 estudios (sólo 2 controlados) (N=122 niños) que apoyan la eficacia de clonidina en el TDAH.⁴⁵ El tratamiento con clonidina tiene efecto principalmente en el comportamiento en el niño desinhibido y agitado (en la hiperactividad y oposicionalidad), con poca mejoría cognitiva (en la atención). Sin embargo, la combinación de clonidina y metilfenidato ha dado lugar a muerte súbita en varios niños produciendo preocupación sobre la seguridad de esta combinación.^{21,45} También hay tres pequeños estudios del uso de guanfacina en niños con TDAH. La clonidina está disponible en España como Catapresan®, pero antes de empezar un tratamiento debe hacerse una cuidadosa historia y exploración cardiovascular.²¹

CONCLUSIONES Y ALGORITMO DE TRATAMIENTO

En la mayoría de los casos un estimulante (metilfenidato en España) es la medicación de primera elección en el TDAH, debido a la eficacia claramente demostrada tras más de 60 años de experiencia clínica, el comienzo de acción rápido, el uso en muchos pacientes sin producir problemas, y el hecho de que cuando se presentan efectos secundarios generalmente son reversibles y leves.²¹ La Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (AACAP) ha publicado en 2002 una guía sobre el uso de estimulantes en niños y adolescentes.³⁸ En ella recomienda comenzar el tratamiento con estimulantes con metilfenidato 5 mgr (o dexedrina 2,5 mgr) a la hora del desayuno y tras la comida (13:00 ó 14:00 hrs), con una posible dosis por la tarde (16:00 ó 17:00 hrs) para ayudar con los deberes. Si no hay mejoría de los síntomas en una semana se debe subir la dosis. Aproximadamente el 70% de los pacientes responden a metilfenidato (o dextroanfetamina individualmente), y el 90% responden si se prueban los dos estimulantes, por lo que si no se obtiene una respuesta tras la primera prueba de estimulante a dosis y duración adecuada, se podría cambiar a otro estimulante.³⁸ Desgraciadamente esta recomendación es imposible de llevar a cabo en España, donde sólo se dispone de metilfenidato, por lo que potencialmente un 20% adi-

cional de niños que no mejoran con metilfenidato y que podrían responder a dexedrina quedan como “resistentes al tratamiento”.

Finalmente, aunque no se ha abordado en profundidad el tratamiento de la comorbilidad en esta revisión, la AACAP recomienda que en niños con depresión comórbida se puede asociar un antidepresivo ISRS.³⁸ Cuando existen conductas violentas asociadas, agresividad, trastorno oposicional desafiante, o trastorno de la conducta se pueden tratar, considerando los riesgos y beneficios de las medicación, con litio, valproato, clonidina, o incluso temporalmente con un antipsicótico atípico a dosis baja,³⁸ ya que el uso prolongado de antipsicóticos probablemente tiene más riesgos que beneficios en niños con trastornos de la conducta.⁶⁵ Aunque ha habido cuatro casos de muerte súbita con clonidina combinado con metilfenidato, se ha comprobado que la combinación no produce alteraciones en el ECG, y se continúa usando excepto si existe historia en familiares de primer grado de muerte súbita, desmayos, o arritmias. Se usa especialmente si existe insomnio por estimulantes, o para reducir el efecto rebote por la tarde. Se recomienda empezar por 0,05 mg de clonidina al acostarse, y se subirá la dosis gradualmente en incrementos de 0,05 mg sin sobrepasar 0,3 mg/día.³⁸

Aunque la medicación sólo funciona mientras se esté tomando, muchos padres prefieren darle al niño unas “vacaciones” o periodos sin medicación, para mejorar el apetito, reducir los posibles efectos a largo plazo, o valorar si se continúa necesitando la medicación. Si se hacen este tipo de pruebas debe ser cuando el niño no tenga colegio ni otras actividades donde se necesita su participación social (campamentos, etc), ni al principio del curso escolar.³⁸ Respecto a los efectos a largo plazo, los padres preguntan sobre el potencial de abuso de sustancias, es importante saber que hay dos estudios donde la prevalencia de abuso de sustancias en adolescentes con TDAH tratados con estimulantes era menor que en adolescentes con TDAH no tratados.³⁸

Las necesidades de avance y el potencial de mejora en este campo en España son evidentes, tanto a nivel de la evaluación como del tratamiento. Por un lado existe una

necesidad de profesionales formados. Otro problema en España es la falta de alternativas al metilfenidato. Frente a la gran variedad de formulaciones (metilfenidato, dextro-anfetamina, mezcla de sales de anfetamina), presentaciones (liberación inmediata, liberación prolongada, etc) y dosificaciones disponibles en otros países, en España sólo contamos con comprimidos de metilfenidato 5, 10, y 20 mg, y recientemente metilfenidato de liberación osmótica en cápsulas de 18 y 36 mg. Esto dificulta la flexibilidad y nos puede obligar a utilizar antes otras medicaciones quizás menos eficaces y menos seguras como antidepresivos tricíclicos o clonidina. Incluso el uso de bupropion se encuentra limitado al estar sólo aprobado para adición a nicotina y presentarse en comprimidos de 150 mg, que deben dividirse en 4 para el tratamiento de niños, y además no está incluido en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Por lo tanto, es necesario un esfuerzo de información a los padres, profesores, pediatras, médicos de familia, psiquiatras, psicólogos y a las administraciones públicas sobre el TDAH, para que mejore la formación de los profesionales en éste campo y se amplíen las posibilidades de tratamiento disponible.

En resumen, debido a las importantes limitaciones de disponibilidad de fármacos eficaces en el TDAH en España, para adaptar las recomendaciones de la AACAP^{21,38} a nuestro medio se puede empezar el tratamiento con metilfenidato, recurrir a bupropion en los casos en que no sea eficaz, y después considerar el uso de imipramina en los casos todavía resistentes, considerando con los padres los posibles riesgos y beneficios.

EVALUACIÓN CLÍNICA

En el Anexo I adjuntamos un ejemplo de evaluación psiquiátrica para que aspectos de ella se puedan incorporar a la historia rutinaria del pediatra. En niños con sospecha de TDAH el pediatra debe realizar una serie de preguntas para despistaje de problemas psiquiátricos. Generalmente las preguntas se le hacen a los padres, pero también es conveniente hacérselas al niño individualmente.

Para descartar una depresión debe preguntarse por el humor o estado de ánimo del niño (puede ser triste, pero con frecuencia es irritable y se confunde con oposicionismo o rebeldía). Hay que preguntar sobre sus intereses, y si han disminuido, si hay apatía (si el niño juega menos, si está más aislado, no le apetece salir o jugar...), sobre aspectos físicos como sueño, apetito, energía, enlentecimiento o agitación psicomotriz, sobre aspectos cognitivos como concentración e indecisión, ideas de culpa, de inutilidad (soy tonto, nadie me quiere, no sirvo para nada...), y sobre ideas de muerte. Las ideas de muerte o de suicidio aparecen lentamente, en un continuum con la normalidad (mejor si no hubiera nacido, soy un estorbo, mejor estarían sin mi, si me pasase algo sería un alivio para mis padres, me gustaría desaparecer, mejor estaría muerto, me quiero morir, me quiero tirar por la ventana, voy a ver si me tiro por la ventana...). Respecto a problemas de ansiedad, debe preguntarse sobre cómo se adaptó el niño al colegio, si lloraba mucho al separarse de los padres, si pueden los padres salir y dejar al niño en casa con alguien que no sea un familiar, si tiene mucho miedo (un miedo excesivo que le paraliza) a alguna cosa concreta (los perros, las tormentas, los ascensores...) y si evita estos estímulos. También si hace algún tipo de cosa de forma compulsiva (lavarse las manos, ordenar las cosas...). Es importante realizar una historia de problemas psiquiátricos anteriores, y también preguntar sobre antecedentes familiares de problemas psiquiátricos que nos puede orientar (depresión, ansiedad, TDAH, tics...). Es fundamental preguntar sobre consumo de alcohol y tóxicos, principalmente cannabis, y si hay dudas hacer una analítica de tóxicos en orina. Esto es imprescindible en adolescentes, y muy necesario en mayores de 11 años que tengan problemas de oposicionalidad ante las normas, que fumen tabaco, o que tengan otros signos de riesgo de abuso de sustancias como tatuajes o piercings (cuantos más tatuajes y más piercings, y más agresivos sean éstos más probabilidad de que hay un trastorno psiquiátrico o de abuso de sustancias asociado). Además debemos tener una buena idea del desarrollo psicosocial del niño, y de su adaptación escolar, relaciones sociales... Debe explorarse si ha habido alucinaciones o delirios, y demás aspectos de la exploración del estado

mental. No se trata de que el pediatra se haga un experto en psiquiatría infantil, porque el pediatra ve y trata otros muchos problemas y no puede hacerlo todo, sino de que tenga unos conocimientos básicos co-

mo los tiene de cualquier otra especialidad médica quirúrgica, para poder sospechar un problema, iniciar un tratamiento si es necesario o posible, o decidir que tiene que referir al niño otro especialista.

Anexo I. Evaluación psiquiátrica inicial



**Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente,
Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universitaria,
Universidad de Navarra**

Fecha:	Nombre:	Fecha nacim.:	
Identificación: Edad Colegio Curso	Hombre-Mujer	Vive con: Padre-Madre en:	Hermanos:
Hx Enfermedad Actual:	<p>Depr. Mayor (Necita 5) Depr.Irrit Anhedonia Apetito Sueño Agit. Ret. Psicomotor Energía Inútil-Culpable Concentr-Indec. SUI</p> <p>Manía Euf (3) / Irr (4) Grandios. fl Sueño Hablador ++ Pensam. Acelerado Distráido > Actividad Placer / Dolor</p> <p>TDAH (Necesarios 6) Inatencion (6) Errores de descuido ↓ Atención No escucha No termina tareas Desorganizado Evita esfuerzo mental Pierde cosas Distráido Olvidadizo</p> <p>Hiperactividad/Impulsiv (6) Enreda (Fidgets) Se levanta Corre-trepa No juega en silencio Siempre moviéndose Habla ++ Contesta sin pensar No espera turno Interrumpe</p>		
Hist. Psiquiátrica Anterior:			

Anexo I. Evaluación psiquiátrica inicial

Abuso de sustancias (droga/ edad inicio/ cantidad/ frecuencia):

Alcohol

Cannabis

Cocaína

Otras drogas

Hx Médica Anterior:

Medicación

Historia Psiquiátrica Familiar:

Alergias

Hx Social / Desarrollo:

Embarazo-Parto

Infancia

Pre-escolar

Colegio

Legal

Trauma: Físico / Sexual / Emocional / Abuso y Abandono

Relaciones sociales (Padres/Familiares/Amigos/Pareja) / Hx Sexual

Exploración Física y Exploración del Estado Mental:

Constantes

Talla: _____ cm.

Peso: _____ kg.

Tensión: _____/_____

Vestido Desnudo

Sentado De pie

Anexo I. Evaluación psiquiátrica inicial

Sensorio-Cognición

Alerta y Orientado Persona-tiempo (día-fecha-mes-estación-año) lugar-circunstancia

Anorm. Físicas

Atención-Concentración

Memoria: Corto plazo Largo plazo

Abstracción-Símiles

Apariencia-Comportamiento

Edad

Cooperativo

Contacto ocular

Actividad Psicomotriz

Tics-Manierismos

Higiene-Vestido

Humor

Afecto

Intensidad (Plano-Normal-Dramático)

Movilidad (Estrecho-Estable-Inestable/Lábil)

Rango (Pleno-Restringido)

Proceso del pensamiento (Forma)

Bloqueo-Persever.-Orient. a tópico-Circunst.-Tangencial-Vuelo de ideas-Ensalada de palabras

Contenido del pensamiento

Ideación

Suicida

Violenta

Homicida

Percepción

Aluc. auditivas

Ilusiones

Delirios / Ideas delirantes

Paranoide

Obsesiones

Rumiaciones

Aluc. visuales

Tact.-Olfat-Gusto

Grandios.

Habla Lento-Monótono-Regular en ritmo y tiempo-Acelerado-Rápido-Presionado

Articulación

Anexo I. Evaluación psiquiátrica inicial

Lenguaje

Prosodia/Flujo
Repetición/Nombra
Comprensión
Lectura/Escritura

Insight/Conciencia de enfermedad

Capacidad de juicio

Diagnóstico

Formulación BIO-PSICO-SOCIAL:

Impresión inicial-Juicio clínico (DSM-IV):

Eje I

Eje II

Eje III

Eje IV

Eje V

PLAN:

Dr. César A. Soutullo
Consultor Clínico y Profesor Asociado
Especialista en Psiquiatría Infantil y Adolescente

Anexo II.

Información Sobre TDAH (en inglés ADHD) en Internet

<http://www.health-center.com/espanol/brain/adhd/default.htm>
<http://www.health-center.com/adhd/>
<http://www.chadd.org/> Niños y adultos con déficit de atención
<http://www.ldanatl.org/> Asociación Americana de Trastornos de Aprendizaje
<http://www.add.org/> Asociación Nacional (USA) de Déficit de Atención
<http://www.nclld.org> Centro Nacional (USA) de Trastornos del Aprendizaje

Algunos recursos en España:

Federación Española de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad.
 Fulgencio Madrid 968 221 364 / 968 221 491 fmadrid@ono.com

ADANA Fundación. Ayuda al Deficit de Atención Niños Adolescentes Adultos
 Muntaner 250, pral 1ª, 08021-Barcelona. 93 241 19 79 adana@gcelsa.com

Asociación para el Tratamiento y el Estudio del Deficit de Atención con hiperactividad e Impulsividad ADHI (Navarra). 948 58 12 82.
adhinavarra@terra.es

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement and Subcommittee on ADHD. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with ADHD. *Pediatrics* 2000; 105: 1158-1170.
2. Hechtman L. Assessment and diagnosis of ADHD. *Child Adolesc Clin North Am.* 2000; 9: 481-498.
3. Brown RT, Borden KA. Hyperactivity at adolescence: some misconceptions and new directions. *J Clin Child Psychol* 1986; 15: 194-209.
4. Klein RG, Mannuzza S. Long-term outcome of hyperactive children: a review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 30: 383-387.
5. Leibson CL, Katusic SK, Barbaresi WJ, Ranson J, O'Brien PC. Use and costs of medical care for children and adolescents with and without ADHD. *JAMA* 2001; 285(1): 60-66.
6. Cantwell DP. Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35(8): 978-987.
7. Biederman J, Spencer T. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) as a noradrenergic disorder. [Review] [92 refs]. *Biological Psychiatry* 1999; 46: 1234-1242.
8. Thapar A, Holmes J, Poulton K, Harrington. Genetic basis of attention deficit hyperactivity. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 105-111.
9. World Health Organization. The tenth Revision of the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD10). Geneva, WHO, 1992.
10. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed) DSM-IV, Washington, DC, APA, 1994.
11. Narbona-Garcia J, Sanchez-Carpintero R. Neurobiology of attention deficit-hyperactivity disorder. *Revista de Neurología* 1999; 28 Suppl 2: S160-S164.
12. Narbona J. Alta prevalencia del TDAH ¿niños trastornados o sociedad maltrecha? *Rev Neurol* 2001; 32(3): 229-231.
13. Schweitzer JB, Cummins TK, Kant CA. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Medical Clinics of North America* 2001, Vol 85: 777.
14. Benjumea Pino P, Mojarro Práxedes MD. Trastornos hiperactivos: estudio epidemiológico en doble fase de una población sevillana. *An Psiquiatría* 1993; 9(7): 306-311.
15. Farré A, Narbona J. Índice de hiperactividad y rendimiento escolar. Validación del cuestionario de Conners en nuestro medio. *Acta Pediatr Esp* 1989; 47: 103-109.

16. Gómez-Beneyto M, Bonet A, Catalá MA, Puche E, Vila V. Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 352-357.
17. Andrés MA, Catalá MA, Gómez-Beneyto M. Prevalence, comorbidity, risk factors and service utilisation of disruptive behaviour disorders in a community sample of children in Valencia (Spain). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 175-179.
18. Andrés-Carrasco MA, Catalá MA, Gómez-Beneyto M. Estudio de la prevalencia del TDAH en niños de 10 años residentes en el municipio de Valencia. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1995; 23(4): 184-188.
19. Curran S, Taylor EA. Attention-deficit hyperactivity disorder: biological causes and treatments. *Current Opinion in Psychiatry* 2000; 13: 397-402.
20. Conners CK. Clinical use of rating scales in diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. [Review] [35 refs]. *Pediatric Clinics of North America* 46: 857-870.
21. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Official Action. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(Supl 10): 85S-121S.
22. Taylor E, Sergeant J, Doepfner M, Gunning B, Overmeyer S, Möbius H-J, Eisert H-G. Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998; 7: 180-200.
23. Swedo SE, Leonard HL, et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders with streptococcal infections: clinical descriptions of the first 50 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 1120-1126
24. Wender PH, Reimherr FW. Bupropion treatment of ADHD in adults. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1018-1020.
25. Wilens TB, Biederman J, Abrantes AM, Spencer TJ. A naturalistic assessment of protriptyline for ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1485-1490.
26. Higgins ES. A comparative analysis of antidepressants and stimulants for the treatment of adults with ADHD. *J Fam Pract* 1999; 48: 15-20.
27. Spencer T, Biederman J, Wilens T, Steingard R, Geist D. Nortriptyline treatment of children with ADHD and the disorder of Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 206-210.
28. Wilens TE, Biederman J, Geist DE, Steingard R, Spencer T. Nortriptyline in the treatment of ADHD: a chart review of 58 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 343-349.
29. Wilens TE, Biederman J, Spencer T, Geist DE. A retrospective study of serum levels and ECG effects of nortriptyline in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 33: 270-277.
30. MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1073-1086.
31. MTA Cooperative Group. Moderators and mediators of treatment response for children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1088-1096.
32. Vitiello B, Severe JB, Greenhill LL, Arnold LE, Abikoff HB, Bukstein OG, Elliott GR, Hechtman L, Jensen PS, Hinshaw SP, March JS, Newcorn JH, Swanson JM, Cantwell DP. Methylphenidate dosage for children with ADHD over time under controlled conditions: lessons from the MTA. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(2): 188-196.
33. Keating GM, McClellan K, Jarvis B. Methylphenidate (OROS® Formulation). *CNS Drugs* 2001; 15(6): 495-500.
34. Robb AS, Stein MA. Parent preference for OROS MPH qd over MPH tid. American Psychiatric Association Annual Meeting, NR 335. Philadelphia, PA, mayo 2002.
35. Wigal S, Swanson JM, Lerner M. Comparison of duration of effect of OROS MPH with MPH tid in ADHD children. American Psychiatric Association Annual Meeting, NR 84. New Orleans, LA, mayo 2001.
36. Schnipper E. Efficacy of OROS MPH in adolescents with ADHD in a community setting. American Psychiatric Association Annual Meeting, NR735. New Orleans, LA, mayo 2001.
37. Greenhill LL. Efficacy and safety on once-daily methylphenidate HCl, standard methylphenidate and placebo in children with ADHD. American Psychiatric Association Annual Meeting, NR 667. Chicago, IL, mayo 2000.
38. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the use of stimulant medication in the treatment of children, adolescents, and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41(2): 265-293.
39. Biederman J, Quinn D, Weiss M, Wigal M, Markabi S, Weidenman M, Edson K, Karlsson G, Pohlmann H. Methylphenidate hydrochloride extender-release capsules (Ritalin-LA): a new once a

- day therapy for ADHD. American Psychiatric Association Annual Meeting, NR 334. Philadelphia, PA, Mayo 2002.
40. Conners CK, Casant C, Elia J, Covey D, Telew N, Zeldis J, Swanson JM. Randomized trial of d-MPH Focalin and d,l-MPH in children with ADHD. American Psychiatric Association Annual Meeting, 2002. NR 345. Philadelphia, PA, May.
 41. West SA, Johnson D, Wigal S, Zeldis J. Withdrawal trial of dextroamphetamine HCl Focalin in children with ADHD. American Psychiatric Association Annual Meeting, 2002. NR 341. Philadelphia, PA, May.
 42. Rugin TA, Copley TC. Effects of modafinil in children with ADHD: an open-label study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(2): 230.
 43. Rugin TA, Samscock TC, Adkins L. Modafinil in children with ADHD: a double-blind, placebo controlled study. American Psychiatric Association Annual Meeting, 2002. N° 77, Philadelphia, PA, Mayo 2002.
 44. Taylor FB. Comparing modafinil to dextroamphetamine in the treatment of ADHD. American Psychiatric Association Annual Meeting, 2000. NR657, Chicago, IL, Mayo 2000.
 45. Biederman J, Spencer T. Non-stimulant treatments for ADHD. *European Child & Adolesc Psychiatry* 2000b; 9: 1/51-1/59.
 46. Wilens TE, Spencer TJ, Biederman J, Girard K, Doyle R, Prince J, Polisner D, Solhkhah R, Comeau S, Monteaux M, Parekh A. A controlled clinical trial of bupropion for ADHD in adults. *Am J Psychiatry* 2001; 158(2): 282-288.
 47. Spencer T, Biederman J, Wilens T, Harding M, O'Donell D, Griffin S. Pharmacotherapy of ADHD across the life cycle. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 409-432.
 48. Casat CD, Pleasants DZ, van Wyck Fleet J. A double-blind trial of bupropion in children with ADHD. *Psychopharma* 1987; 23: 120-122.
 49. Conners CK, Casat CD, Gualtieri CT, Weller E, Reader M, Reiss A, Weller RA, Khayrallah M, Ascher J. Bupropion HCl in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996(35):1314-1321.
 50. Barrickman L, Perry P, Allen A, Kuperman S, Arndt S, Herrmann K, Schumacher E. Bupropion vs methylphenidate in the treatment of ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 349-657.
 51. Wender PH, Reimherr FW. Bupropion treatment of ADHD in adults. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1018-1020.
 52. Rube D. Attention-deficit hyperactivity disorder. In: Klykylo WM, Kay J, Rube D Eds. *Clinical Child Psychiatry*. W.B. Saunders Company Philadelphia, PA, 1998.
 53. Green WH. *Child and adolescent clinical Psychopharmacology*, 2nd Ed. Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 1995.
 54. *Physician's Drug Handbook*, 6th Ed. Springhouse Corp. Springhouse, PA, 1995. p. 127.
 55. Kratochvil CJ, Heiligenstein JH, Dittmann R, Spencer TJ, Biederman J, Wernicke J, Newcorn JH, Casat C, Milton D, Michelson D. Atomoxetine and methylphenidate treatment in children with ADHD: a prospective, randomized, open-label trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41(2): 776-784.
 56. Heiligenstein J, Spencer T, Faries DE, Biederman J, Kratochvil CJ, Conners CK. Efficacy of atomoxetine vs. placebo in pediatric outpatients with ADHD. (Poster). In: Scientific Proceedings of the 47th Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, New York, October 2000.
 57. Michelson D, Wernicke J, Heiligenstein J, Allen AJ, Faries D, Spencer T, Kratochvil C. Efficacy of LY139603 (tomoxetine), a non-dopaminergic intervention for ADHD. *Biol Psychiatry* 2001; 49: 155 (Poster 55).
 58. Michelson D, Faries D, Wernicke J, Kelsey D, Kendrick K, Sallee FR, Spencer T, and the atomoxetine ADHD Study group. Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with ADHD: a randomized placebo-controlled, dose-response study. *Pediatrics* 2001; 108 (8).
 59. Allen AJ, Spencer TJ, Heiligenstein JH, Faries DE, Kelsey DK, Laws HF, Wernicke J, Kendrick KL, Michelson D. Safety and efficacy of tomoxetine for ADHD in two double-blind, placebo-controlled trials. *Biol Psychiatry* 2001; 49: 32S (Poster 114).
 60. Allen AJ, Michelson D, Harder DR, Trapp NJ, Kelsey DK. Efficacy of atomoxetine in children and adolescents with ADHD. American Psychiatric Association Annual Meeting, 2002, NR 348, Philadelphia, PA, May.
 61. Spencer T, Biederman J, Wilens T, Prince J, Hatch M, Jones J, Harding M, Faraone SV, Seidman L. Effectiveness and tolerability of tomoxetine in adults with ADHD. *Am J Psychiatry* 1998; 155(5): 693-695.
 62. Wernicke JF, Allen AJ, Faries D, Heiligenstein JH, Kelsey D, Kendrick K, Laws H, Michelson D. Safety of tomoxetine in clinical trials. *Biol Psychiatry* 2001; 49: 159S (Poster 545)

63. Wernicke JF, Allen AJ, Faries D, Heiligenstein JH, Kelsey D, Kendrick K, Laws H, Michelson D. Long-term safety of atomoxetine in children and adolescents with ADHD. American Psychiatric Association Annal Meeting, NR 338. Philadelphia, PA, mayo 2002.
64. Witcher JW, Kurtz DL, Sauer JM, Michelson D, Smith BP, Ruff DD. Pharmacokinetic/dynamic relationship of atomoxetine exposure and efficacy. American Psychiatric Association Annal Meeting, NR 450. Philadelphia, PA, mayo 2002.
65. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Conduct Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(10): 1225-1395.

Bibliografía abreviada

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Official Action. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(10):855-1215.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV)TM. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
3. Barkley RA. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 2nd Ed. The Guilford Press, New York, NY, 1998.
4. Cantwell DP. Attention Deficit Disorder: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 36(8): 978-987.
5. Pliszka SR. Comorbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with Psychiatric Disorder: An overview. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(7): 50-58.
6. Silver LB. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Guide for Diagnosis and Treatment. American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC, 1992.
7. Soutullo C. Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Medicina Clínica* 2003; 120(6): 222-226.
8. Soutullo C. Convivir con niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Editorial Médica Panamericana, Madrid, España, julio 2004.
9. Weiss G. Attention deficit Hyperactivity Disorder. In: Melvin Lewis, Editor. *Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook*. Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 1996.
10. Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Youth. In: Robert L. Hendren, Ed. *Disruptive Behavior Disorders in Children and Adolescents. Review of Psychiatry*, Vol 18. American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC. 1999.