



Taller
**EL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA
Y TDHA: DIAGNÓSTICO PRECOZ**

Moderadora:

Alfonsa Lora Espinosa
Pediatra, CS Ciudad Jardín, Málaga.

Ponentes/monitores:

■ **Lefa-Sarane Eddy Ives**
Pediatra, Centre Medic Sant Ramon, Santa Coloma de Gramanet, Barcelona.

■ **Alfonsa Lora Espinosa**
Pediatra, CS Ciudad Jardín, Málaga.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Lora Espinosa A, Eddy Ives LS. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad: aspectos prácticos para el pediatra de Atención Primaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 257-9.



Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad: aspectos prácticos para el pediatra de Atención Primaria

Alfonsa Lora Espinosa
Pediatra. CS Ciudad Jardín, Málaga.
aloraes@telefonica.net

Lefa-Sarane Eddy Ives
Pediatra. Centre Medic Ramon, Santa Coloma de Gramanet, Barcelona.
lefaseddy@comb.es

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/H), por sus características: prevalencia, impacto y vulnerabilidad, constituye un claro ejemplo de la patología que debe ser abordada desde el ámbito de Atención Primaria.

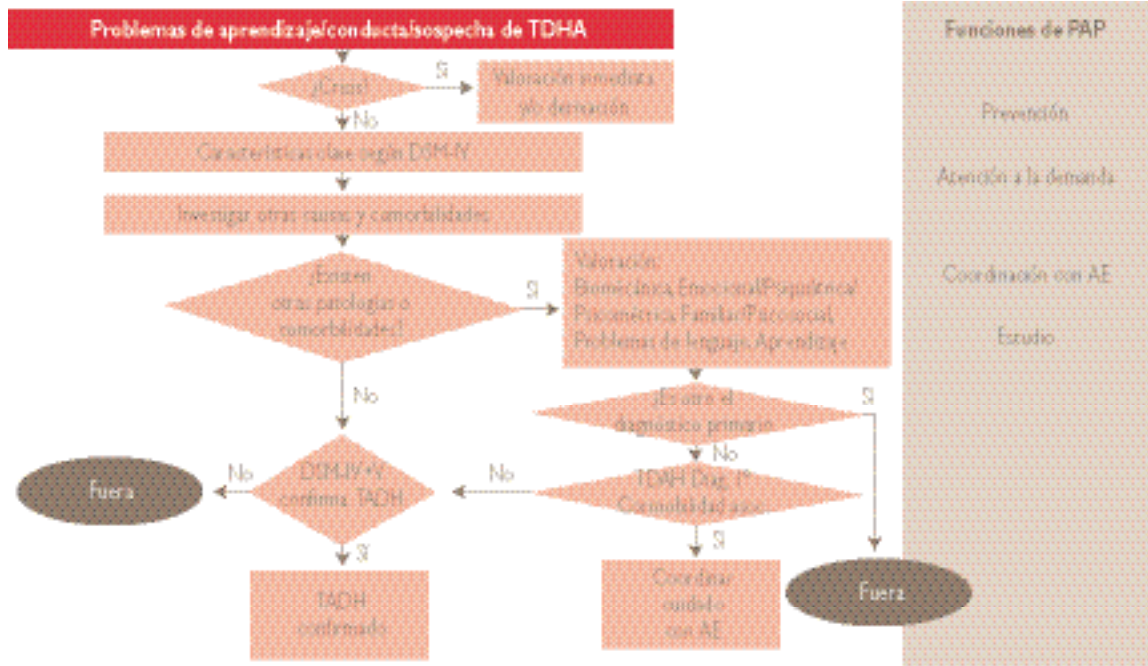
Durante el primer semestre de 2006 se ha realizado una investigación sobre la atención al niño y adolescente por el pediatra de Atención Primaria (PAP) en las comunidades de Andalucía, Extremadura y Madrid, cuyos resultados están pendientes de publicación.

La mayoría de los pediatras que han respondido estas encuestas considera adecuado que el TDA/H figure en la cartera de servicios del PAP. Entre el 28-39% de los PAP de estas comunidades manifiesta asumir en sus consultas la atención a estos niños y sus familias, mientras el 61-72% los deriva a Atención Especializada.

Las barreras expresadas para asumir la atención a los niños que tienen TDA/H son, entre otras, la falta de tiempo, de formación y de comunicación eficaz con Atención Especializada.

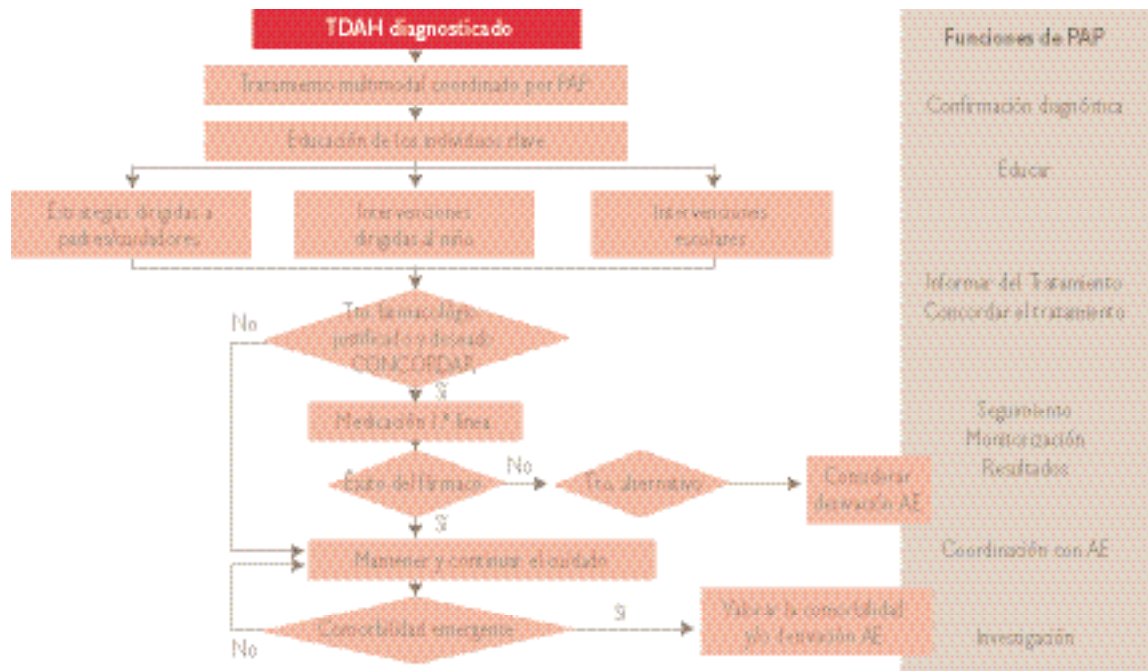
Este taller surge como respuesta a la necesidad sentida de mejorar la formación del PAP en la atención al niño y adolescente con TDAH.

Figura I. Algoritmo 1.



Fuente: www.icsi.org

Figura II. Algoritmo 2.



Fuente: www.icsi.org

OBJETIVOS DEL TALLER

1. Mejorar la atención a los niños y adolescentes con TDAH y sus familias.
2. Facilitar al PAP herramientas prácticas para el reconocimiento, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los niños con TDAH.

METODOLOGÍA

Tras una introducción teórica breve para exponer los conocimientos actualizados y la evidencia científica

disponible sobre TDAH, pasaremos a analizar, siguiendo el hilo conductor de un caso clínico, las funciones del PAP, aportando las herramientas y reforzando las habilidades necesarias para cada actividad. Algoritmos 1 y 2.

Cronograma:

- Introducción teórica: 30 minutos.
- Desarrollo de caso clínico: 60 minutos.
- Debate y conclusiones: 30 minutos.

- ¿Tiene algún problema de conducta en casa? ¿Le cuesta que obedezca sus demandas?
- ¿Tiene algún problema de conducta cuando se relaciona con otros niños de su edad, tanto en casa como en distintos entornos?

Si las respuestas orientan hacia la presencia de dificultades a nivel escolar y de problemas de comportamiento, será obligado descartar un TDAH teniendo en cuenta que la sintomatología nuclear de dicho trastorno es: inatención, hiperactividad e impulsividad.

La segunda recomendación de la GCP de la AAP es basar el diagnóstico del TDAH en los criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR) (tabla I)³. Se valorará verbalmente o por escrito la presencia o no de los 18 ítems de síntomas específicos del TDAH. La sintomatología deberá haber comenzado antes de los 7 años, llevar más de seis meses de evolución, estar presente en dos o más ambientes (casa, escuela), ser desproporcionada para la edad de maduración del niño y no aparecer exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo (autismo), esquizofrenia u otros procesos psicóticos, ni poder explicarse mejor por otro trastorno mental.

Finalmente, para poder hablar de trastorno será preciso comprobar que la mencionada sintomatología está creando al niño problemas a nivel social o académico, lo que puede valorarse a través de la presencia de:

- Dificultades en el aprendizaje escolar.
- Problemas de relación con hermanos y/o iguales.
- Dificultad para realizar con independencia las tareas escolares y del hogar.
- Baja autoestima.
- Conductas disruptivas y de riesgo.

Según si las manifestaciones nucleares predominantes son de inatención o de hiperactividad-impulsividad, el DSM-IV-TR distingue tres subtipos:

- a) **TDAH, con predominio del déficit de atención.** Es cuando hay al menos seis de los nueve síntomas de inatención, pero no se cumple un mínimo de seis síntomas del apartado hiperactividad-impulsividad. El déficit principal es la lentitud en el procesamiento de la información. En cuanto a la conducta social, son más pasivos y no suelen evidenciar problemas de control emocional.
- b) **TDAH, con predominio hiperactivo-impulsivo.** Es cuando se cumple un mínimo de seis síntomas de hiperactividad-impulsividad, pero no de inatención. Es más común en niños preescolares, y es posiblemente el precursor evolutivo del subtipo combinado. La gran mayoría presentará problemas de conducta.
- c) **TDAH, tipo combinado.** En este caso se cumplirán al menos seis criterios de inatención y otros tantos de hiperactividad-impulsividad, por lo que en este subtipo habrá problemas tanto de comportamiento como de aprendizaje. El 80% de los casos de TDAH corresponde a este grupo.

La tercera recomendación de la GCP de la AAP para una correcta evaluación del trastorno es la obtención de información de los padres o cuidadores sobre el comportamiento del niño, su inicio y duración, el grado de afectación que representa para el niño y el grado de distorsión que representa para la familia. Esta información se obtendrá a través de la entrevista clínica y también podrá obtenerse, o complementarse, a través de escalas de evaluación específicas del TDAH para padres. Estas escalas no son diagnósticas, pero sí aportarán una información estructurada que servirá para orientar el diagnóstico y también para controlar la evolución del niño a lo largo del tiempo una vez comenzado el tratamiento.

En la entrevista con los padres se deberán descartar situaciones que puedan producir sintomatología que

Tabla I. Criterios para el diagnóstico de TDAH del DSM-IV-TR**A. (1) y/o (2)**

1. Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Síntomas de desatención, a menudo:

- No presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- Evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- Es descuidado en las actividades diarias.

2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Ítems de hiperactividad, a menudo:

- Mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- Corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- "Está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
- Habla en exceso.

Ítems de impulsividad, a menudo:

- Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- Tiene dificultades para guardar turno.
- Interrumpe o se intermete en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad**C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en escuela o trabajo y en casa)****D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral****E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental**

semeje un TDAH, como por ejemplo: déficit sensoriales, sobre todo hipoacusia, anemia que puede producir inatención, medicación crónica que ocasione irritabilidad (fenobarbital, salbutamol), trastornos del sueño, estilo educativo incorrecto, maltrato y/o abuso sexual, expectativas parentales inadecuadas por la edad o

coeficiente intelectual del niño. Además se deberá valorar a través de la historia clínica la existencia de situaciones médicas que podrían favorecer el desarrollo posterior de un TDAH, como son: encefalitis, meningitis, intoxicación por plomo o exposición fetal a alcohol o cocaína.

Debido a que es necesario para hacer el diagnóstico que la conducta esté presente en dos o más ambientes, será preciso obtener información directamente de los educadores del niño; ésta es la cuarta recomendación. Para ello son útiles los informes escolares, pues en muchas ocasiones describirán en el niño la presencia de la sintomatología típica del trastorno. Ahora bien, además interesará obtener información estructurada a través de escalas de evaluación para maestros específicas para el TDAH.

Existen múltiples escalas, tanto para padres como para maestros; las siguientes son las más utilizadas en nuestro medio:

SNAP-IV (versión abreviada). Es una revisión de la escala de Swanson, Nolan y (and) Pelham (SNAP) adaptada a los criterios del DSM-IV para el TDAH. Evalúa los tres síntomas nucleares del trastorno; los ítems 1-9 son los de inatención y los ítems 10-18 los de hiperactividad e impulsividad. En cada ítem se puede responder 0 (no, o no del todo), 1 (sí, un poco), 2 (sí, bastante), o 3 (sí, mucho). Por una parte, se puede obtener una puntuación total tras la suma de los valores de cada ítem dividido por 18; el punto de corte es diferente según hayan respondido los padres (1,78) o el maestro (2,56). Por otra parte, permite obtener puntuaciones parciales para los ítems de inatención tras la suma de los valores de los nueve ítems de inatención dividido por nueve, con puntos de corte 1,44 para padres y 1,78 para maestros; y puntuaciones parciales para los ítems de hiperactividad-impulsividad tras la suma de los valores de sus nueve ítems dividido por nueve, con puntos de corte 1,67 para padres y 2,0 para maestros.

Al margen de disponer de un punto de corte, la escala permite recoger el listado de ítems de TDAH puntuados positivamente (2 y 3) y así comprobar si cumple el criterio A (tabla I) para el diagnóstico del mencionado trastorno según el DSM-IV-TR.

EDAH o escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad⁴⁵. Es una escala específica para maestros. Consta de 20 ítems puntuables 0 (nada), 1 (poco), 2 (bastante) o 3 (mucho). Evalúa tres

áreas: hiperactividad-impulsividad (tiene excesiva inquietud motora; molesta frecuentemente a otros niños; exige inmediata satisfacción a sus demandas; se mueve constantemente, intranquilo; es impulsivo e irritable); déficit de atención (tiene dificultades de aprendizaje escolar; se distrae fácilmente, muestra escasa atención; está en las nubes, ensimismado; deja por terminar las tareas que empieza; sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante); y trastorno de conducta (tiene dificultad para las actividades cooperativas; es mal aceptado por el grupo; niega sus errores o echa la culpa a otros; a menudo grita en situaciones inadecuadas; contesta con facilidad; es irrespetuoso y arrogante; discute y pelea por cualquier cosa; tiene explosiones impredecibles de mal genio; le falta el sentido de la regla, del "juego limpio"; se lleva mal con la mayoría de compañeros; acepta mal las indicaciones del profesor).

Tiene un baremo con los siguientes puntos de corte:

- 10 para la subescala hiperactividad (percentil 95).
- 10 para la subescala déficit de atención (percentil 93).
- 18 para la subescala hiperactividad-déficit de atención 18 (percentil 95).
- 11 para la subescala trastorno de conducta (percentil 91).
- 30 para la puntuación global del cuestionario (percentil 95).

La ventaja de utilizar este cuestionario es que ha sido validado en población española. Sus inconvenientes son básicamente dos: el baremo no tiene diferentes puntuaciones según edad y sexo, y no hay versión para padres, únicamente existe una versión para maestros.

Escalas de evaluación de Conners⁶. Son las más conocidas y utilizadas. Existen dos versiones, una del año 1989 y otra más reciente de 1997. Hay escalas para padres, maestros y también una para ser autoadministra-

da por el propio adolescente (12-17 años). Dentro de estos tres grupos existe la versión completa o larga, y la versión abreviada o corta (S); ésta es la que habitualmente se prefiere utilizar. Están editadas en tres idiomas: inglés, castellano y francés. Presentan diferentes baremos según edad y sexo. Las escalas de 1997, a diferencia de las de 1989, tienen las mismas subescalas tanto para el formato de padres, el de maestros, como el del adolescente; las cuatro subescalas se denominan: oposicional, problemas de nivel cognitivo/distracción, hiperactividad, e índice de Conners de TDAH. Los nombres de las escalas abreviadas de 1997 son: escala de Conners para padres revisada (S), escala de Conners para maestros revisada (S), escala del reporte personal de Conners-Wells (S).

La ventaja de usar estos cuestionarios es su extensa utilización en todo el mundo, tanto para la investigación como para la práctica clínica. Su inconveniente es que no hay baremo para la población española.

Aparte de evaluar la presencia de TDAH, es necesario descartar la presencia de otros trastornos coexistentes o comórbidos (quinta recomendación de la GPC). Alrededor de un 30% de los casos tendrá comorbilidad en el momento de hacer el diagnóstico; los problemas se pueden clasificar en tres grandes grupos:

- **Trastornos emocionales.** Al margen de la baja autoestima que prácticamente será la norma, el niño con TDAH tiene un mayor riesgo de desarrollar un problema de ansiedad y depresión que la población general. Para descartar dichos trastornos, será útil el empleo de los siguientes cuestionarios:
 - STAIC (*State-Trait Anxiety Inventory for Children*)⁶. Consta de dos escalas de 20 ítems cada una de autorreferencia o autoaplicable: A-E para medir ansiedad-estado (state) y A-R para medir ansiedad-rasgo (trait). Se utiliza en niños de 9 a 15 años. Dispone de un baremo en centiles diferenciados según sexo y curso escolar.
 - CAS (*Child Anxiety Scale*) o Cuestionario de ansiedad infantil⁷. Es para aplicar en niños de 6-8 años y también tiene baremos en población española según sexo y curso escolar (1.º-3.º de enseñanza primaria). Consta de 20 preguntas. La persona que aplica el cuestionario irá formulando las preguntas. El niño en su hoja de respuestas tendrá 20 imágenes (mariposa, cuchara, pez, etc.), una para cada pregunta, con un cuadrado y un círculo a la derecha e izquierda de cada imagen, respectivamente. Al niño se le explicará que debe marcar el círculo si su respuesta es “sí” y el cuadrado si su respuesta es “no”. Es una forma amena y lúdica de aplicar el cuestionario, evitando así las distracciones y el desinterés por las preguntas.
 - CEDI (*Cuestionario español para la depresión infantil*) (Rodríguez Sacristán y Cardoze, modificado de Beck)^{8,9}. Consta de 16 ítems que evalúan diferentes aspectos de la depresión: alteraciones del ánimo, de las funciones vegetativas, autoimagen y capacidad hedónica. Se presenta en dos formas: I, para niños de 5-10 años; II, para niños de 11-16 años. El CEDI I deberá ser respondido por el padre/madre o tutor. Cada ítem dispone de tres respuestas puntuables de 0 a 2, desde ausencia del síntoma a la de mayor manifestación de éste. El CEDI II deberá ser respondido por el propio niño. En éste cada ítem dispone de cuatro respuestas puntuables de 0 a 3, desde ausencia a la mayor intensidad del síntoma. Una puntuación por debajo de 7 se considera niño sin depresión; 7-12 puntos depresión ligera; 13-17 puntos depresión moderada; igual o mayor de 18 puntos depresión grave.
- **Problemas de aprendizaje.** El niño con TDAH tiene pocas habilidades para organizarse y su memoria de trabajo es escasa (no tiene una buena memoria a corto plazo y le cuesta actuarla), ambas cosas son necesarias para hacer

los trabajos escolares. Así es que, tanto por su inatención, por su escasa capacidad organizativa, como por su pobre memoria de trabajo, tendrá problemas de aprendizaje. Además podrá presentar de forma comórbida un trastorno específico del aprendizaje (dislexia, discalculia), lo que dificultaría aún más su progresión en los estudios. Para su evaluación se puede utilizar una batería de pruebas pedagógicas para valorar la lectura (rapidez, automatización, comprensión), caligrafía, ortografía, cálculo matemático y solución de problemas.

- **Problemas de conducta.** El problema de conducta más habitual es la desobediencia. Hacia la edad de los ocho años es cuando puede desarrollarse un trastorno negativista desafiante mostrando una conducta discutidora, irascible y resentida. Ésta puede evolucionar en la adoles-

encia hacia un trastorno disocial. El riesgo de desarrollar un abuso en el consumo de drogas será más elevado que en la población general, sobre todo si el paciente no ha sido controlado de forma adecuada durante su infancia. Para la evaluación de dichos trastornos se seguirán los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR pudiendo pedir por escrito que puntúen los diferentes ítems de 0 a 3¹⁰.

Finalmente, será importante comunicar a los padres que el diagnóstico de TDAH es clínico por lo que otros estudios o procedimientos diagnósticos como análisis de sangre, pruebas bioquímicas, estudios de radio imagen o electroencefalograma no estarán indicados para realizar el diagnóstico (recomendación sexta). Los potenciales evocados cognitivos (respuesta P300), la resonancia magnética funcional, el PET, SPECT y los estudios genéticos se utilizan básicamente para la investigación científica.

Bibliografía

1. National Guideline Clearinghouse. Evidence based clinical practice guideline for outpatient evaluation and management of ADHD. Cincinnati, Oh: Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2004. [Fecha de consulta: 1 de mayo de 2006]. Disponible en www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=5334&nbr=3647
2. Herrerías CT, Perrin JM, Stein MT. The child with ADHD: using the AAP Clinical Practice Guideline. *American Academy of Pediatrics. Am Fam Physician.* 2001;63:1803-10. [Fecha de consulta: 1 de mayo de 2006]. Disponible en www.aafp.org/afp/20010501/1803.html
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2002. p. 97-107.
4. Farre-Riba A, Narbona J. EDAH Manual. Madrid:TEA; 1999.
5. Farre-Riba A, Narbona J. Escalas de Conners en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: nuevo estudio factorial en niños españoles. *Rev Neurol.* 1997;25:200-4.
6. Spielberger CD. STAIC, Cuestionario de autoevaluación. Madrid:TEA; 1989.
7. Gillis JS. Manual CAS: Cuestionario de ansiedad infantil. Madrid:TEA; 1997.
8. Rodríguez-Sacristán J, Cadorze D, Rodríguez J, Gómez-Añón ML, Benjumea P, Pérez J. Sistemas objetivos de medida: experiencia con el Inventario Español de Depresiones Infantiles (CEDI) Modificado de Kovacs y Beck. *Rev Psiquiatr Infanto Juv.* 1984;3:65-74.
9. Ballesteros MC, Alcázar JL, Pedreira JL, De los Santos A. Práctica clínica paidopsiquiátrica. Comisión de estudio de la historia clínica paidopsiquiátrica de la Sociedad Española de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Madrid: Litofinter; 1998. p.167-74.
10. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.



Taller
INTERACCIÓN PADRES-NIÑO
EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

Moderadora:

Margarita de Miguel
Pediatra, CS Burlada, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Ponente/monitora:

■ **María José Álvarez Gómez**
Pediatra, CS Mendillorri, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Álvarez Gómez MJ. Interacción padres-niño en el primer año de vida. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 267-74.



Interacción padres-niño en el primer año de vida

María José Álvarez Gómez

Pediatra, CS Mendillorri, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

malvareg@cfnavarra.es

RESUMEN

Existe evidencia de la importancia de una correcta interacción padres-niño en el desarrollo infantil.

Además, como pediatras de Atención Primaria, atendemos hoy día con frecuencia problemas que no son sino reflejo de una inadecuada interacción en un período tan vulnerable como la primera infancia.

Sabemos, además, que las relaciones del niño con sus cuidadores son moldeables.

Enseñar a los padres las competencias y características únicas de su bebé; enseñarles a observar e interpretar el comportamiento del niño para responderle de forma sensible y contingente –mediante acomodación y no por medio de confrontación–, les ofrece una guía anticipatoria en la crianza, les refuerza en su confianza y competencia como padres, estrecha el vínculo afectivo con los niños y potencia la capacidad de autorregulación del bebé.

De modo que en nuestra sociedad actual, en la que se han producido tantos y tan profundos cambios en el seno de la familia, fomentar unas interacciones saludables entre los padres y el niño en estas edades tempranas puede ser un importante factor de protección para el