

Trastorno de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad

Dra. Natalia Trenchi



Psiquiatra de Niños y Adolescentes
Psicoterapeuta cognitivo conductual
macnat@mednet.org.uy

- El Trastorno de déficit atencional con o sin hiperactividad (TDAH) es un trastorno del desarrollo, generalmente de expresión temprana. Es frecuente en la población general y puede eventualmente ser una interferencia muy considerable para el desarrollo global y la calidad de vida del afectado y de su entorno.
- Existen estrategias terapéuticas de alta eficacia para su tratamiento, cuya implementación depende de un diagnóstico acertado y oportuno.
- A pesar de las múltiples investigaciones y trabajos que se han ocupado de este trastorno y de la vasta experiencia clínica que tienen los especialistas en él, la mayor parte de los pacientes siguen sin recibir tratamiento, siguen planteándose polémicas públicas y abundan los errores conceptuales.

De trastorno moral a disfunción ejecutiva

Puesto a consideración pública por el manejo mediático del tema, el TDAH puede parecer una moda de nuestra época. Sin embargo, ya a principios de 1900 fueron presentados y registrados algunos casos que presentaban su sintomatología. Desde ese entonces hasta la actualidad el nombre y la conceptualización del trastorno han ido modificándose acompañando a los avances en el conocimiento.

Disfunción cerebral mínima, Síndrome hiperquinético fueron algunas de las denominaciones que recibió, hasta el actual TDAH, que puede llegar a ser sustituido en un futuro no lejano.

Los primeros casos registrados datan de 1902, cuando el pediatra británico G. Still los adjudicó a un defecto del control moral. Muchas otras causas han sido propuestas a lo largo de la historia: los azúcares, las anilinas, las malas prácticas de crianza, entre otros.

Es a partir de la década de los 90 que R. Barkley propone el concepto de que la sintomatología del trastorno es provocada por una disfunción ejecutiva, lo que ha permitido una comprensión más global y acertada de las dificultades que enfrentan los pacientes. Los estudios neuropsicológicos han permitido objetivar claramente que los pacientes con TDAH padecen mucho más que un “*déficit atencional*”. Sus dificultades abarcan el amplio y crucial abanico de las funciones ejecutivas.

Entendemos por funciones ejecutivas aquellos procesos neurocognitivos que sostienen el trabajo hacia un objetivo. Estos pacientes tiene afectados la capacidad de inhibición de respuestas, la atención sostenida o vigilancia, la memoria de trabajo y la capacidad de planificación y organización. Cada función ejecutiva contribuye a determinados cambios en el desarrollo del control del comportamiento. Es así que posibilitan que los eventos externos pasen a poder ser manipulados como representaciones mentales relacionadas con

ese evento, que se evolucione de la necesidad del control de otros al auto control, de la satisfacción inmediata a la postergada, del ahora al futuro conjeturado.

Ubicando al TDAH como una disfunción ejecutiva es que se puede tener un dimensionamiento más adecuado de la variedad de interferencias para el funcionamiento que pueden padecer los pacientes.

Epidemiología

Si bien no hay datos específicos para Latinoamérica, se estima que su incidencia sea semejante a la hallada a nivel mundial, que oscila entre el 5 y el 10%.

Contrariamente a lo que se pensaba un tiempo atrás, los estudios de seguimiento han demostrado que la mayoría (60 - 85%) de los niños con TDAH van a seguir padeciéndolo en la adolescencia, y muchos aún en la adultez.

Diferencia por género

Si bien no hay especificidad de los síntomas por género, parece ser más frecuente en las niñas el subtipo a predominancia del déficit atencional sin hiperactividad, lo que, junto a otros factores de tipo cultural, ha determinado que en ellas el subdiagnóstico sea mayor.

TDAH y discapacidad

Hay investigaciones que demuestran una prevalencia aumentada de TDAH entre los niños con discapacidad intelectual. Es de especial interés clínico y terapéutico tenerlo presente para investigar, diagnosticar y tratar cuando sea necesario.

Manifestaciones clínicas del TDAH

El TDAH es un trastorno dimensional. Ninguno de sus síntomas es patognomónico y será la lucidez semiológica y

clínica del médico tratante quien conducirá al diagnóstico acertado.

Para que los comportamientos presentes en el paciente puedan ser considerados “*síntomas*” deben cumplir estos requisitos:

- deben ser más severos que en los demás niños de la misma edad y del mismo nivel de desarrollo,
- deben interferir de manera significativa con el rendimiento y funcionamiento general.

Clásicamente se considera que los síntomas primarios del TDAH son déficit atencional, hiperactividad, desinhibición conductual (impulsividad) y dificultad en los comportamientos gobernados por reglas verbales, todo esto signado por una marcada variabilidad.

A lo largo del desarrollo la sintomatología se va expresando de manera diferente.

En los **lactantes** (1-3 años) si bien no se hace diagnóstico de TDAH, en estudios retrospectivos se subraya el antecedente frecuente de alteraciones funcionales fundamentalmente a nivel del sueño.

En los **pre-escolares** (3-6 años), el diagnóstico es muy difícil debido a la similitud entre el comportamiento normal de los preescolares con la sintomatología del TDAH. Puede sospecharse cuando la inquietud, la dificultad atencional y la impulsividad excedan la esperada para la edad y signifique una interferencia en la vida cotidiana y el aprendizaje. La poca confiabilidad del diagnóstico a esta edad está marcada por el dato de que la mitad de los preescolares en los cuales se sospecha el trastorno, no lo tendrán en la etapa escolar.

En los **escolares**, el trastorno se muestra más claramente observándose:

- **Déficit atencional:** la mayor dificultad consiste en mantener la atención sobretodo en tareas que tienen poco interés, son largas, tediosas o con mínimas consecuencias inmediatas por su realización. Aparece una dificultad específica para diferenciar los estímulos centrales de los accesorios.
- **Hiperactividad:** los pacientes manifiestan niveles excesivos e inapropiados de actividad, irrelevante para la tarea. La inquietud puede ser motora o verbal, y a veces existe aún durante el sueño.
- **Impulsividad o desinhibición conductual:** manifestada por una clara dificultad para inhibir la conducta en respuesta a las demandas del entorno o de la situación. No consideran las consecuencias de la conducta antes de emitirla, por lo que actúan de manera irreflexiva, y muchas veces, inadvertidamente peligrosa.
- **Dificultad en los comportamientos gobernados por reglas verbales:** la aparente tendencia a la desobediencia de estos niños es debida a la dificultad para adherirse a reglas o instrucciones verbales sobretodo cuando las instrucciones no son repetidas o el que las pone está ausente.
- **Variabilidad:** todos los síntomas del niño con TDAH presentan una excesiva variación a lo

largo del tiempo y en distintas situaciones. Esta característica del trastorno ha llevado a errores diagnósticos (creer que un niño no es portador del TDAH porque mira TV o permanece quieto en la consulta) y a frecuentes interpretaciones equivocadas por parte de padres y maestros. (Ver *Tabla 1*)

Se describen tres subtipos del trastorno:

- TDAH, tipo combinado
- TDAH, a predominancia del déficit atencional
- TDAH, a predominancia de la hiperactividad y la impulsividad

Cualquiera de los tres pueden presentar diferentes grados de severidad, y asociaciones comórbidas.

Hay algunas condiciones que frecuentemente se asocian al TDAH:

- Dificultades específicas para el aprendizaje: *discalculia y/o dislexia*.
- Trastornos del lenguaje, fundamentalmente retardos simples, y algunas dificultades a nivel expresivo con diferencias características entre el discurso espontáneo y el discurso a demanda.
- Trastornos psicomotrices, a nivel de la motricidad fina y gruesa, y la coordinación.
- Trastornos a nivel del control esfinteriano: *enuresis y encopresis*.
- Afecciones como las alergias y el asma también son más frecuentes.
- Trastornos del sueño variables: insomnio de conciliación y de mantenimiento, a veces desde etapas precoces.

En los adolescentes, la sintomatología puede disminuir en intensidad. Frecuentemente se produce una mejoría en la hiperactividad (aproximadamente a los 11 años) y en la impulsividad (13-14 años) lo que da a quienes conviven con ellos una falsa sensación de mejoría o aún de curación. En la gran mayoría (casi el 70%) la capacidad atencional sigue siendo una interferencia silenciosa que mucho los puede perjudicar, asociada a las también persistentes dificultades para la planificación y la organización. La cuarta parte tendrán trastornos de conducta, y/o abuso de sustancias. A esta edad adquiere especial relevancia la frecuencia aumentada de accidentes.

En los adultos es probable que el subdiagnóstico sea muy importante. Hay investigaciones que demuestran que más de la mitad de los TDAH adultos habían consultado antes sin haber recibido el diagnóstico correspondiente. Debido a que la sintomatología más externalizante va decreciendo con la edad, el trastorno puede quedar ensordecido en esta etapa, pero no por ello dejar de provocar significativas repercusiones tanto a nivel social, familiar como laboral.

Consecuencias emocionales y comorbilidades

La comorbilidad es muy frecuente en los niños portadores de TDAH: 65% de ellos padecen además, otro trastorno. En la edad escolar la asociación más

frecuente es con los otros trastornos disruptivos (trastorno oposicionista desafiante y trastorno de conducta). Le siguen los trastornos de ansiedad, que son padecidos por un tercio de los niños con TDAH, y los trastornos del humor.

Es importante considerar que, más allá de comorbilidades nosográficamente determinadas, los niños portadores de TDAH prácticamente siempre desarrollan consecuencias emocionales negativas. Las dificultades para mantener una interacción social armónica tanto con adultos como con pares y el rendimiento por debajo de posibilidades y expectativas traen como resultado la estructuración de un concepto de sí mismo devaluado y problemático, con todas las consecuencias que ello implica.

Muchos de ellos desarrollan un estado de “*desamparo aprendido*” que los lleva a dejar de hacer esfuerzos por haber tenido demasiadas e incontrolables experiencias con el fracaso.

No es infrecuente que los niños portadores de este trastorno incorporen actitudes inadecuadas como el “*payaseo*” en un intento de disimular o enfrentar las dificultades.

Diagnóstico diferencial

Tan importante como hacer un diagnóstico certero y oportuno, es hacer un correcto diagnóstico diferencial.

Con la normalidad: hay situaciones en las cuales un niño normal puede ser percibido por su entorno como TDAH. Padres y/o docentes especialmente severos y exigentes, o con su percepción alterada por procesos personales (estrés, depresión) pueden tener una tolerancia disminuida para lo que son los comportamientos normales de los niños.

Déficits sensoriales: antes de ser diagnosticados y tratados, pueden provocar un cuadro conductual fenomenológicamente semejante al TDAH.

Falta de sueño: niños que por diversas razones no tienen un sueño saludable en calidad y cantidad presentan alteraciones en su funcionamiento que puede semejar a un TDAH.

Dificultades específicas para el aprendizaje: los niños que lo padecen enfrentan una vivencia de confusión y dificultad que se acompaña muchas veces de tendencia a la dispersión, inquietud y falta de placer por el aprendizaje que puede confundirse con TDAH.

El **abuso de cualquier tipo** puede provocar alteraciones comportamentales variadas en las víctimas, dentro de las cuales puede existir un perfil semejante al TDAH.

Un **entorno familiar caótico**, sin reglas ni consecuencias, condiciona un comportamiento desajustado en los niños que puede llevar a confusión.

Los **trastornos del humor** son un diagnóstico diferencial especialmente difícil. Tanto la depresión

El TDAH puede acentuar sus síntomas	El TDAH puede disminuir sus síntomas
<ul style="list-style-type: none"> • En situaciones exigentes pero poco estructuradas • En actividades repetitivas o aburridas • En situaciones en las cuales hay muchos estímulos distractores • En situaciones de baja supervisión • Cuando es necesario mantener la atención durante mucho tiempo • En actividades autodirigidas • Si hay fatiga 	<ul style="list-style-type: none"> • En situaciones muy estructuradas • En situaciones de juego libre • En actividades novedosas • En actividades de mucho interés • En situaciones de relacionamiento uno a uno • Cuando hay frecuentes reforzamientos • En situaciones de supervisión y control

Tabla 1

unipolar como el trastorno bipolar pueden semejarse a TDAH, y es necesario buena experiencia clínica para diferenciarlos.

Con “**falsos TDAH**”: niños que, como consecuencia de abuso y mal uso de videojuegos y otros productos tecnológicos pierden su capacidad de mantener la atención cuando deben hacerlo frente a estímulos menos intensos y presentados más lentamente.

Con afecciones médicas que pueden semejar un TDAH, como son las encefalopatías, el hipertirodismo, y la exposición al plomo.

Etiología

La evidencia viene siendo abundante en el sentido de considerar que la causa principal del TDAH es genética. Se le ha asociado con marcadores en los cromosomas 4, 5, 6, 8, 11, 16 y 17. Otras causas no genéticas, también son neurobiológicas. Son causas biológicas adquiridas el estrés perinatal, el bajo peso al nacer, daño cerebral, exposición a nicotina, alcohol y otras drogas durante el embarazo y privación severa precoz.

La biología y el ambiente son sistemas inseparables, de influencia mutua. Los factores ambientales en el desarrollo del TDAH parecen jugar un importante rol modulador.

El desarrollo de la neuroimagenología ha permitido conocer información muy valiosa sobre las bases neuroanatómicas y funcionales del trastorno. Los hallazgos más significativos han sido:

- un menor volumen cortical de materia gris y blanca que los casos control, más marcado en aquellos que nunca han recibido medicación específica,
- un menor volumen en lóbulos frontal y temporal,
- las áreas que implican control inhibitorio, muestran diferencia en la activación en relación a los controles en la zona del caudado, lóbulos frontales y girus anterior cingulado.

Desde el punto de vista neuroquímico en el TDAH existe una disfunción del sistema dopaminérgico, que no excluye la posibilidad de que existan otros sistemas involucrados y que la dopaminérgica sea la vía final común de múltiples otras causas.

Evaluación y diagnóstico

A pesar de los avances en neuroimagenología, aún no hay método paraclínico útil ni para confirmar el diagnóstico ni para predecir respuesta al tratamiento y evolución. El diagnóstico del TDAH sigue siendo *puramente clínico*.

Es imprescindible para llegar a él, además de destrezas clínicas y experiencia en el médico tratante, llevar a cabo una anamnesis completa y descriptiva de la sintomatología a través del tiempo y a través de diferentes situaciones. Dado que la sintomatología típicamente se expresa de manera variable según algunas condicionantes de la situación, es imprescindible tener el reporte de varios informantes, que siempre deben incluir a padres y maestros.

La entrevista con el niño también es imprescindible para contextualizar el diagnóstico nosográfico en la complejidad individual de cada ser humano.

Existen cuestionarios que pueden tener utilidad para sistematizar y registrar la información recolectada, si bien no sirven para hacer diagnóstico.

Un correcto proceso diagnóstico no se agota en la recabación de información tendiente a poner una etiqueta nosográfica. Es fundamental la exploración global e integral del paciente como persona. De especial importancia en estos casos es la evaluación del estilo de crianza y de disciplina, así como el nivel de estrés familiar y escolar.

Estudios paraclínicos

Si no hay historia médica o sintomatología sospechosa, no es necesario hacer examen neurológico ni análisis de laboratorio.

Si bien no se hace con ellos diagnóstico de TDAH, puede ser necesario indicar evaluaciones psicológicas, neuropsicológicas, del lenguaje, psicomotriz y/o psicopedagógica cuando exista fundamento clínico para ello.

Tratamiento

En Latinoamérica existen al menos 36 millones de personas con TDAH, de los cuales sólo un 10% reciben tratamiento.

A pesar de su relativa "benignidad" biológica, sin tratamiento y sin abordaje escolar la evolución puede ser mala, por la interferencia a nivel del aprendizaje y de todo el desarrollo en general.

Los objetivos del tratamiento son:

- Reducir la intensidad e interferencia de los síntomas del TDAH.
- Reducir el riesgo de consecuencias emocionales negativas y complicaciones futuras.
- Fortalecer las estrategias de enfrentamiento de los pacientes, padres y docentes.

El diseño de la estrategia terapéutica se fundamenta en un diagnóstico global del niño y de su entorno. La etiqueta nosográfica de TDAH sólo nos habla de

una parte del problema. Es imprescindible conocer al paciente en su globalidad, sus peculiaridades, sus fortalezas y debilidades y las de su entorno.

En la enorme mayoría de los casos hay más de un área problemática sobre la cual hay que actuar. El tratamiento por tanto suele ser multimodal, integral e individualizado aplicando diferentes herramientas terapéuticas a lo largo de un proceso, cuyas etapas el clínico tratante planifica de acuerdo a cada situación.

Las herramientas terapéuticas disponibles y útiles para el TDAH de las que disponemos son la *psicoeducación*, la *medicación*, la *terapia cognitivo-conductual*, la *consejería* y *entrenamiento a padres y maestros* en el manejo de situaciones cotidianas.

De existir otras dificultades asociadas o comorbilidades, puede ser necesario incorporar al plan tratamientos específicos (psicomotriz, psicopedagógico, del lenguaje, etc).

La *psicoeducación* debe estar presente en todos los casos. Muy frecuentemente tanto el niño como su entorno tienen ideas equivocadas sobre las causas del comportamiento perturbado que es necesario corregir. El médico tratante tiene que ser capaz de ofrecer el tiempo y la información necesaria para que todos entiendan que el comportamiento del niño es consecuencia de un determinado funcionamiento cerebral y que no es voluntario ni tiene intenciones ocultas. Es necesario que el clínico sea capaz de hablar claramente, de modo de ser entendido realmente. Es probable que haya que repetir la información más de una vez. Es de gran ayuda muchas veces ofrecer material de lectura o links seguros para internet, al tiempo que debe prevenirse el uso ingenuo de la red. La información adecuada modifica las ideas equivocadas que pueden tenerse. Al entender, se modifican actitudes hacia el niño, su familia, sus docentes.

De acuerdo a la situación se implementarán o no *medidas de consejería, orientación y/o entrenamiento a padres y maestros*. El entorno de los niños con TDAH suele estar muy contaminado con prácticas de crianza nocivas que hay que corregir. Es necesario lograr cambios en la manera de relacionarse, en el estilo de puesta de límites, en la manera de presentarle la información. Padres y docentes deben en primer lugar ajustar sus expectativas, para luego aprender a estimular el desarrollo de comportamientos más adecuados así como disminuir los inadecuados. Deberán asimismo aprender a anticipar y prevenir situaciones de riesgo para actuar proactivamente.

Alguna veces es necesario y útil implementar un *abordaje psicoterapéutico cognitivo conductual*.

Los objetivos de la psicoterapia serán:

- enseñarle las habilidades que tiene deficitadas (entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de autocontrol, de resolución de problemas, etc),
- ayudarlo a interpretar su trastorno de manera realista y a retomar el control sobre él,
- actuar sobre las consecuencias emocionales negativas de su trastorno (baja autoestima, noción

de incompetencia, estilos inadecuados de interpretación de la realidad, etc).

Un gran pilar en el tratamiento de gran número de estos pacientes es el *farmacológico*. La historia del tratamiento farmacológico del TDAH lleva más de 60 años, más que el del uso de los antibióticos, a pesar de lo cual aún persisten muchos errores, mitos y prevenciones injustificadas.

Las drogas de elección son los estimulantes del sistema nervioso central. En nuestro medio prácticamente el único disponible es el *metilfenidato* (mph), en diferentes presentaciones: de liberación inmediata o sostenida.

Estos fármacos son potentes inhibidores de la recaptura de dopamina y de noradrenalina, aumentando su disponibilidad en las sinapsis.

Hay una respuesta positiva en más del 75% de los niños diagnosticados.

La dosis recomendada es de 1 mg/kg por día para escolares, en un plan de aumentos graduales y dosificación en el día, la semana y el año según necesidades y respuesta.

Los efectos clínicos deseables a corto plazo son tanto cognitivos (aumenta la vigilancia, el control de impulsos, el tiempo de reacción, la memoria a corto plazo, la coordinación motora, mejora el aprendizaje de paradigmas simples y complejos y la eficiencia perceptiva) como conductuales (disminuye la inquietud, la impulsividad, la "desobediencia").

Estos cambios son rápidos y por lo general marcados. Habilitan al niño a tener una experiencia de vida y de sí mismo bien diferente a la que estaba teniendo. Le permite rendir de acuerdo a sus posibilidades y tener, a veces por primera vez, experiencias de éxito. Mejora su aceptación por parte de pares, mejora el clima familiar y la relación padres - hijo, mejora el clima escolar y la relación niño - maestro y como consecuencia de todo esto mejora el autoconcepto y se previene la aparición de consecuencias emocionales negativas.

Los efectos secundarios indeseables frecuentes son insomnio y disminución del apetito que pueden manejarse con una correcta dosificación y posología.

En las etapas iniciales del tratamiento puede aparecer cefaleas, dolores abdominales y cambios negativos en el humor que suelen desaparecer en pocos días o con el ajuste de dosis.

Está contraindicado el uso de estimulantes en casos de psicosis, o con un uso concomitante de inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO).

La duración del tratamiento lo marcará la evolución y la respuesta clínica. Se mantendrá la medicación mientras sea necesaria y útil, lo que representa años en la gran mayoría de los casos. Los pacientes tratados deben ser seguidos periódicamente para evaluar la necesidad o no de proseguir con el tratamiento, o de eventualmente ajustarlo y adecuarlo a la realidad actual.

Metilfenidato y tics

Se recomienda un uso cauteloso y controlado en pacientes portadores de tics o Gilles de Latourette.

Antes la existencia de tics era considerada una contraindicación absoluta para el uso de mph. Investigaciones actuales comprobaron que el mph puede ser considerada una droga de elección aún en presencia de tics y Gilles de Latourette, dado que solo los exacerba en sujetos especialmente sensibles. Incluso en este grupo, muchos tics remiten si se mantiene el tratamiento más allá de 8 semanas. De no ser así, se considerará la posibilidad de un cambio de medicación a un no estimulante o una asociación, sopesando cuidadosamente ventajas y desventajas.

Metilfenidato en preescolares

En los preescolares el uso del metilfenidato ha sido controversial. De las últimas investigaciones surge la comprobación de que el mph es una opción válida para ser utilizada en este grupo etario. La dosis óptima promedio ronda los 0,5 mg/kg/día, la mitad de la recomendada para escolares.

Como grupo presentan más frecuencia de efectos secundarios indeseables, por lo cual la titulación y seguimiento debe ser muy cuidadoso. Los preescolares con retardo en el desarrollo son aún más propensos a tener mayor intensidad de efectos secundarios (retracción social, irritabilidad, llanto).

Metilfenidato y adicciones

Una gran preocupación para el uso de los estimulantes es el riesgo que generaran adicción. Diferentes investigaciones han podido demostrar lo que los clínicos veíamos en la práctica. El metilfenidato no solo no provoca adicción (de hecho lo frecuente es que lo reciban sólo los días en que tienen clases, de modo que fácilmente se comprueba que el resto de los días no manifiestan ni necesidad ni abstinencia), sino que su indicación correcta puede prevenir adicciones en la adolescencia. En un importante trabajo publicado en el 2000, Biederman⁽⁴⁾ concluye que el TDAH no tratado representa un riesgo significativo para el abuso de sustancias en la adolescencia, mientras que tratar el TDAH reduce ese riesgo.

Metilfenidato y crecimiento

Otra preocupación ha sido la del efecto sobre el crecimiento. A fines de los 90 esta preocupación fue calmado al quedar demostrado en estudios de seguimiento que no eran modificaciones clínicamente significativas. Nuevas investigaciones están brindando más información, que aún no es concluyente. Algunas parecen encontrar un enlentecimiento del crecimiento fundamentalmente en el primer año de tratamiento, otras sugieren que esa disminución no es clínicamente detectable muchas veces porque los niños con TDAH son frecuentemente más altos que los controles, y otras encuentran la diferencia durante la pubertad pero no en la infancia ni en la adultez, sugiriendo que el enlentecimiento se corrige más

adelante. Estas alteraciones se relacionan de manera significativa con las dosis, siendo no significativas a las dosis terapéuticas habituales.

La recomendación de todas formas es la de llevar un registro de peso y altura, y considerar un cambio en el plan si se produce un cambio que lo separe al paciente en dos percentiles de lo esperado.

Fármacos alternativos

En aquellos casos en los cuales el metilfenidato no pueda o deba ser utilizado, pueden usarse fármacos alternativos, no estimulantes.

La *atomoxetina* es un inhibidor de la recaptación noradrenérgica, que ha demostrado ser eficaz en algunos casos de TDAH. Su efecto completo no se alcanza hasta las 6 semanas de tratamiento. De particular utilidad resulta en los casos de TDAH comórbido con trastorno de ansiedad, enuresis o tics.

El *bupropion*, los tricíclicos (*imipramina*, *desipramina*) y alfa agonistas (*clonidina* y *guanfacina*) son también opciones alternativas si es necesario, a

pesar de no tener la aprobación de la FDA para este propósito.

Otras terapias alternativas

Variados métodos han sido propuestos como alternativa al tratamiento del TDAH. Dentro de este grupo heterogéneo de diferentes orígenes ninguno ha podido probar eficacia específica. Ni dietas con restricciones ni suplementos han sido de utilidad. Tampoco ha podido ser demostrada aún la eficacia del *biofeedback*.

El NIMH MTA study y el Multimodal Psychosocial Treatment study (M+MPT,) examinaron los efectos de la farmacoterapia y el abordaje psicosocial, aislados y combinados. Estos estudios en grandes muestras, de largo plazo y randomizados llegaron a la conclusión que el tratamiento farmacológico es más efectivo que la psicoterapia aislada. Sin embargo sigue siendo de elección la psicoterapia aislada para algunas situaciones: como tratamiento inicial en casos leves, cuando no hay seguridad diagnóstica y cuando los padres se niegan a la medicación.

Bibliografía

- Alonso-Rivera C, Gomez-Plascencia J, Molina D et al. Tratamiento farmacológico en el TDAH. Psiquiatría (órgano oficial de difusión de la Asociación Psiquiátrica Mexicana), 2007; época 2, Vol 23, Núm S-2: 21-29
- Barkley R. School Interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Where to From Here?, School Psychology Review, 02796015, 2007, Vol. 36, Fascículo 2
- Barkley R. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, A Handbook for Diagnosis and Treatment, The Guilford Press, 1997
- Biederman J, Wilens T, Mick E et al. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. Pediatrics. 1999;104(2):e20.
- Braswell L & Bloomquist M. Cognitive - Behavioral Therapy with ADHD children, Child, Family and School Interventions. The Guilford Press, 1991
- Ceja-Moreno H, Peña J, Juárez M et al. Etiología del TDAH. Psiquiatría (órgano oficial de difusión de la Asociación Psiquiátrica Mexicana), 2007; época 2, Vol 23, Núm S-2: 9-16
- Comperolle T. Du calme! Manuel pour l'éducation des enfants hyperactifs, De Boeck & Belin, 1997
- De La Peña F, Rohde L, Michaine C et al. Diagnóstico y clasificación del TDAH. Psiquiatría (órgano oficial de difusión de la Asociación Psiquiátrica Mexicana), 2007; época 2, Vol 23, Núm S-2: 5-8
- Faraone S, Spencer T, Brendan C et al. Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder in Adults. Arch Intern Med, vol 164, June 2004, pp 1221-1226
- Gadow K, Sverd J, Nolan E et al. Immediate-Release Methylphenidate for ADHD in Children With Comorbid Chronic Multiple Tic Disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry:Volume 46(7) July 2007pp 840-848
- Harrison C, Sofronoff K. ADHD and Parental Psychological Distress: Role of Demographics, Child Behavioral Characteristics, and Parental Cognitions. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry:Volume 41(6)June 2002pp 703-711
- Hernández-Aguilar J, Valderrama A, Rios AM et al. Evaluación de las terapias alternativas utilizadas en pacientes con TDAH. Psiquiatría (órgano oficial de difusión de la Asociación Psiquiátrica Mexicana), 2007; época 2, Vol 23, Núm S-2: 33-36
- Jensen P, Arnold LE, Swanson J et al. 3-Year Follow-up of the NIMH MTA Study . SPECIAL SECTION: MULTIMODAL TREATMENT STUDY OF ADHD-MTA. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry:Volume 46(8)August 2007pp 989-1002
- Levy F, Hay D, Bennett K et al. Gender Differences in ADHD Subtype Comorbidity. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry:Volume 44(4)April 2005pp 368-376
- Molina B, Flory K, Hinshaw S et al. Delinquent Behavior and Emerging Substance Use in the MTA at 36 Months: Prevalence, Course, and Treatment Effects SPECIAL SECTION: MULTIMODAL TREATMENT STUDY OF ADHD-MTA. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry:Volume 46(8)August 2007pp 1028-1040
- Nigg J, Blaskey L, Huang-Pollock C, Rappley M. Neuropsychological Executive Functions and DSM-IV ADHD Subtypes. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry:Volume 41(1)January 2002pp 59-66
- Pliszka S, et al. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry:Volume 46 (7) July 2007 pp 894-921
- Papazian O, Alfonso I, Luzondo R. Trastornos de las funciones ejecutivas. Revista de Neurología 2006; 42 (supl 3): S45 - S50
- Pfiffner L, Yee Mikami A, Huang -Pollock, C et al. A Randomized, Controlled Trial of Integrated Home-School Behavioral Treatment for ADHD, Predominantly Inattentive Type SPECIAL SECTION: MULTIMODAL TREATMENT STUDY OF ADHD-MTA. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry:Volume 46(8)August 2007pp 1041-1050
- Rebollo, MA, Montiel,S. Atención y funciones ejecutivas. Revista de neurología 2006; 42 (supl 2): S3-S7
- Sernud-Clikeman M, Teingard, Filippek P et al. Using MRI to Examine Brain-Behavior Relationships in Males With Attention Deficit Disorder With Hyperactivity. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry:Volume 39(4) April 2000 pp 477-484
- Simonoff E, Pickles A, Wood N et al. ADHD Symptoms in Children With Mild Intellectual Disability. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry:Volume 46(5) May 2007 pp 591-600
- Swanson J, Hinshaw S, Arnold LE et al. Secondary Evaluations of MTA 36-Month Outcomes: Propensity Score and Growth Mixture Model Analyses SPECIAL SECTION: MULTIMODAL TREATMENT STUDY OF ADHD-MTA. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry:Volume 46(8)August 2007pp 1003-1014
- Swanson J, Elliott G, Greenhill L et al. Effects of Stimulant Medication on Growth Rates Across 3 Years in the MTA Follow-up SPECIAL SECTION: MULTIMODAL TREATMENT STUDY OF ADHD-MTA. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry:Volume 46(8)August 2007pp 1015-1027
- Trenchi N: Educar en tiempos difíciles. Grupoabierto, Buenos Aires, 2006
- Weiss M, Weiss G. Attention Deficit Hyperactivity Disorder en Lewis M, Child and Adolescent Psychiatry, 3rd edition, 2002, Lippincott Williams & Wilkins, pp 645 - 670.
- Wells K. Treatment of ADHD in Children and Adolescents en Baret P y Ollendick T, Handbook of Interventions That Work with Children and Adolescents, 2004, John Wiley and sons, pp 345-368
- Wigal T, Greenhill L, Chuang, Sh et al. Safety and Tolerability of Methylphenidate in Preschool Children With ADHD. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry:Volume 45(11) November 2006pp 1294-1303