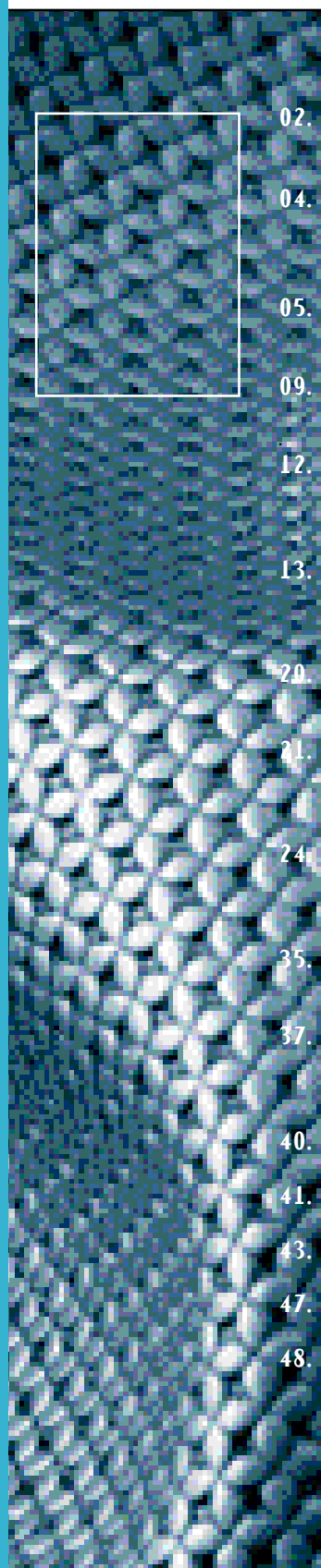


Índice



- 02. **Mensaje de la Presidente de la Fundación TDAH**
Ernestina Montefusco de Pergolini
- 04. **Nota del Editor**
"Los Adultos también existen"
Lic. Rubén O. Scandar
- 05. **Interrelación entre TDAH y TND**
Orlando L. Villegas, Ph. D.
- 09. **Educando hacia la diversidad**
Gabriela Delgado Paulsen
- 12. **Preguntas frecuentes sobre tratamiento del TDAH:**
Terapia Farmacológica II Parte
Dr. Claudio Jehín
- 13. **El uso de escalas en el proceso de identificación y titulación:**
especial referencia a la escala SNAP IV
Lic. Rubén O. Scandar
- 20. **Escala de Autoidentificación de TDAH (ASRS V1.1)**
Lic. Rubén O. Scandar
- 21. **El Screening de problemas psicosociales:**
Pediatric Symptom Checklist
Lic. Rubén O. Scandar
- 24. **Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad**
(ADHD) en Adultos
Alicia Lischnsky, Teresa Torralva, Fernando Torrente, Facundo Manes
- 35. **¿Qué es la Neuropsiquiatría?**
Prof. G. E. Berríos
- 37. **Guías**
¿Cómo explicarle a mi hijo que tiene TDAH?
Lic. Rubén O. Scandar
- 40. **Mitología y Ciencia en torno al TDAH**
- 41. **Libros y Revistas**
- 43. **Periodismo en TDAH**
- 47. **Periodismo - II Conferencia de la Fundación TDAH**
- 48. **TDAH en la World Wide Web**

Mensaje de la Presidente de la Fundación TDAH

Ernestina Montefusco de Pergolini

La II Conferencia Internacional de la Fundación TDAH significo para nosotros haber cumplido un objetivo. Como lo dice el titulo de la conferencia "De la ciencia a la practica" es llevar el conocimiento de los que han estado y están investigando el déficit de atención y la hiperactividad al trabajo diario del especialista.

El objetivo de la fundación es capacitar a padres, profesionales de la educación y de la salud en esta nueva disciplina que por cierto si bien es compleja el especialista deberá evaluar cada caso y el tratamiento a seguir por cada persona en particular. No nos debemos de olvidar que detrás del TDAH hay familias y niños que sufren al no ser diagnosticados y el mejor aliado es el profesional capacitado.

Agradezco profundamente a todos los profesionales que han colaborado en la II Conferencia fue un aporte muy valioso el haber compartido con nosotros estas jornadas.

Es nuestro deber proporcionar a las nuevas generaciones la educación acorde a los nuevos conocimientos, como educadores podemos ser artífices de un nuevo modelo de educación en la que todos tienen el derecho de recibirla por igual.

Estamos elaborando nuevos proyectos para el 2006 entre ellos entendemos que el docente cumple un rol muy importante en el niño y proporcionarle estrategias para trabajar en el aula es fundamental.

Los saluda cordialmente.



Nota del Editor "Los adultos también existen"

Lic. Rubén O. Scandar¹



Este es un número que está dirigido fuertemente a los adultos. No obstante comienza con un par de artículos que están enfocados en la problemática infantil. El Dr. Orlando Villegas nos trae un artículo interesante "Interrelación entre TDAH y TND" en el que explora la problemática común y diferencial de ambos trastornos y, a la vez, aprovecha para dar algunos consejos útiles a los padres. La Dra. Delgado Paulsen ha contribuido con un texto sencillo y altamente instructivo para los docentes "Educando hacia la diversidad" que explora la actitud que los docentes deben desarrollar en el aula del siglo XXI.

Entrando en la problemática de los adultos tenemos los artículos: el primero de un grupo de profesionales bajo la dirección del Dr. Facundo Manes han escrito un trabajo introductorio a la problemática del TDAH en el Adulto: "Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad del Adulto" explorando cuestiones diagnósticas y de tratamiento y en segundo lugar, hemos incluido una escala para utilizar en el screening de adultos.

Posteriormente, he presentado un artículo de mi autoría: "El uso de Escalas en el proceso de identificación y titulación: especial referencia a la escala SNAP IV", en el que exploramos la manera en que la escala puede ser utilizada tanto para el screening como para establecer la dosis apropiada en el tratamiento. También he escrito una breve presentación de una escala de uso común en EE.UU. en el ambiente de la consulta pediátrica: "El screening de problemas psicosociales: Pediatric Symptom Checklist".

Cierran este número dos artículos bien diferentes. El primero de ellos, del Prof. G. E. Berríos: "¿Qué es la neuropsiquiatría?" en el que se explora la actualidad de esta perspectiva del campo científico y en el segundo de ellos del Dr. Claudio Jehín: "Preguntas Frecuentes sobre Tratamiento del TDAH: Terapia Farmacológica II Parte" nos trae respuestas accesibles a los padres.

Por lo demás, los invitamos a disfrutar de nuestras habituales secciones fijas, entre las que se destacan en particular la sección Guías y la nota dedicada a recordar la II Conferencia de la Fundación TDAH.

Licenciado Ruben O. Scandar

Editor

scandar@tdah.org.ar

¹ Licenciado en Psicología. Director del Departamento de Docencia e Investigación de la Fundación TDAH

¿Qué es la Fundación TDAH?



La Fundación Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, fundada el 18 de diciembre de 1998 fue autorizada a funcionar en tal carácter por el Ministerio de Justicia de la República Argentina a través de la Inspección General de Justicia (Resolución 188 del 11 de marzo de 1999).

Objetivos Actividades:

La Fundación TDAH no tiene fines de lucro y sus objetivos son:

Promover un mejoramiento en el nivel de vida de las personas con TDAH y de su familia, potenciando su integración social, educacional y laboral.

Promover, desarrollar y divulgar la investigación científica del TDAH.

Ampliar los recursos diagnósticos, terapéuticos y pedagógicos existentes en la comunidad brindando servicios y asesoramiento científico.

Promover en los responsables del diseño y aplicación de políticas asistenciales y educativas la generación de políticas que favorezcan la inclusión del paciente con TDAH en los programas públicos, educativos y asistenciales.

La Fundación TDAH a tal efecto se ha propuesto desarrollar las siguientes actividades:

Organizar una red de información y una base de datos de recursos educacionales y asistenciales.

Organizar una biblioteca abierta a la comunidad.

Desarrollar un programa de publicaciones y videos.

Promover cursos, seminarios, jornadas y talleres para profesionales, educadores, familiares y pacientes.

Investigar sobre el TDAH.

Alentar la conformación de un Centro de Orientación.

Procurar la obtención de recursos que permitan realizar sus tareas de investigación, como así también la atención gratuita de quienes lo necesiten.

Interrelación entre TDAH y TND

Orlando L. Villegas, Ph. D.¹

LA INTERRELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE.

1. Implicancias para el tratamiento

En esta primera parte presentamos algunas consideraciones preliminares que consideramos de importancia capital antes de discutir aspectos prácticos en el tratamiento de niños que presentan un Trastorno Negativista Desafiante. En la segunda parte del artículo, expondremos algunas técnicas específicas de manejo de la conducta que son consideradas por su demostrada efectividad en el trabajo terapéutico con estos niños.

Uno de los aspectos más importantes a considerar en el tratamiento de cualquier condición física o psicológica es el diagnóstico inicial. El éxito del tratamiento va a depender en gran medida del diagnóstico asignado durante la primera fase de dicho tratamiento. Tanto en salud física como en salud mental una condición primaria generalmente se acompaña de síntomas secundarios y en muchas ocasiones, no es fácil discriminar los síntomas primarios de los secundarios.

Este es el caso del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad o TDAH y del Trastorno Negativista Desafiante o TND. La literatura científica nos presenta una gran diversidad de casos en donde ambas entidades diagnósticas se hacen presente en un mismo individuo. Lo más común en estos casos es encontrar el TDAH como diagnóstico primario, mientras que el TND aparece como síntoma asociado o secundario. Sin embargo, es vital para el éxito del tratamiento el poder diferenciar los síntomas que pertenecen al TDAH de aquellos que corresponden al TND. Si no establecemos tal delimitación de síntomas, podemos fácilmente caer el error de suponer que el tratamiento de la primera condición implicará una mejoría en los síntomas de la segunda condición. Con esto queremos decir que la mejoría en los síntomas del TDAH no necesariamente conlleva mejoría en los síntomas del TND y viceversa. En un estudio preliminar que realizamos con colegas de los Estados Unidos, México y Argentina, encontramos que la mayoría de las quejas de madres con hijos diagnosticados con TDAH pertenecía a la categoría diagnóstica del TND, más que al grupo de TDAH.

Cuando les pedimos a estas mamás que indicaran los síntomas más perturbadores en sus hijos, diagnosticados con un TDAH, encontramos los siguientes síntomas:

En el cuadro anterior podemos apreciar que los dos síntomas más comúnmente mencionados por la mamá en nuestra muestra no corresponden al grupo de síntomas del TDAH, sino más bien al grupo de síntomas del TND. Esto mismo lo observamos comúnmente en nuestra práctica privada, en donde las quejas/síntomas atribuidos a niños con TDAH corresponden más al grupo TND que al de TDAH. Esta situación genera confusión y desaliento en muchas familias que llevan al niño a tratamiento por problemas de conducta en la casa y en la escuela. Muchos de estos niños terminan con el diagnóstico primario de TDAH y un posible diagnóstico secundario de TND. Con un diagnóstico primario de TDAH existe una alta probabilidad de que el tratamiento central sea la medicación. Un medicamento apropiado definitivamente ayudará con los síntomas de inatención e impulsividad que caracterizan al TDAH. Sin embargo, el mismo medicamento no será tan efectivo con los síntomas del TND. Si dejamos de lado el tratamiento conductual y enfatizamos solamente el medicamento, podemos estar seguros de que muchos de los síntomas que generalmente perturban en estos niños quedarán desatendidos. Al estar desatendidos, las posibilidades de mejoría o no existen o son mínimas. Es precisamente acá donde se genera la frustración en estas familias, quienes observan mejoría en los procesos de atención y concentración en sus hijos y sin embargo, no observan mejoría significativa en conductas perturbadoras, tales como "no hacer caso", "discutir todo el tiempo", "pataletas", "encolerizarse y resentirse", "ser rencoroso y vengativo", etc. etc. Cuando las quejas/síntomas principales pertenecen al grupo de conductas antes mencionadas, el diagnóstico apropiado es el de TND y no el de TDAH. Si en adición a estas conductas el niño(a) aparece desatento e impulsivo, podemos agregar entonces como diagnóstico secundario (y no primario) un TDAH.

Es muy importante que tanto el profesional involucrado en los procesos de diagnóstico y tratamiento así como los padres de estos niños, tengan una clara distinción entre el TDAH y el TND. Desde la escuela primaria aprendimos que "el orden de los factores no altera el producto". Esta frase es válida para las operaciones de suma y multiplicación, pero carece de validez

SÍNTOMAS	Frecuencia	Categoría Diagnóstica
Pierde el control e incurre en pataletas.	30	TND
Desafía activamente a los adultos o se niega a cumplir sus demandas.	25	TND
Interrumpe a los demás o es entrometido.	22	TDAH
Se distrae fácilmente.	19	TDAH

¹ Psicólogo, Supervisor clínico del programa de Niños y Familias en Southwest Counseling and Development Services, Detroit, Michigan. El presente texto también ha sido publicado con anterioridad en los boletines e APDA.

cuando el producto final es el diagnóstico apropiado para un niño que presenta a la vez síntomas de TDAH y de TND. El orden de presentación de diagnósticos en casos con múltiples condiciones patológicas debe ir de acuerdo a la severidad de los síntomas. El primer diagnóstico a mencionar será aquel cuyos síntomas sean los más severos y perturbadores, dejando en segundo lugar el diagnóstico cuyos síntomas sean secundarios en importancia. Para algunos niños el diagnóstico primario será TDAH y el secundario el TND. Para otros será el TND primero y luego el TDAH.

Para algunos niños el diagnóstico primario será TDAH y el secundario TND. Para otros será el TND primero y luego el TDAH [...].

Con relación al tratamiento de niños con TND, las terapias cognitivas y cognitivo-conductuales han probado ser efectivas, al igual que el entrenamiento de padres.

Cuando nos referimos a los tratamientos más efectivos para el TDAH y el TND, debemos referirnos a las múltiples investigaciones cuyos resultados aparecen en una gran variedad de publicaciones científicas. Con esto pretendemos excluir los reportes anecdóticos sobre algunos tipos muy particulares de tratamiento tales como masajes, manipulación física del cuerpo, dietas, etc. Excluimos estos tratamientos no en un afán de negar su efectividad, si no más bien a fin de evitar una mayor frustración en los padres, que están dispuestos a tratar lo que sea para encontrar una solución sin medir los riesgos que pueden ocasionar tratamientos cuya efectividad no ha sido científicamente comprobada.

En lo que respecta al tratamiento óptimo para el TDAH, la literatura científica nos habla de la alta efectividad de la combinación de medicamento con entrenamiento/educación de padres en técnicas de modificación y manejo de la conducta. Las técnicas psicoterapéuticas de orientación dinámica y la terapia grupal no han demostrado un nivel significativo de efectividad en el tratamiento de síntomas primarios (atención, impulsividad, hiperactividad) en niños con TDAH.

Con relación al tratamiento de niños con TND, las terapias cognitivas y cognitivo-conductuales han probado ser efectivas, al igual que el entrenamiento de padres. No hay evidencias contundentes sobre la efectividad de la medicación en estos casos.

II. Consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento del TND

Con relación al diagnóstico, es importante seguir un criterio pre-establecido. Los más aceptados son los criterios diagnósticos descritos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). La OMS, en su Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10), asigna el código F91.3 para identificar al TND. La APA, asigna el código 313.81 en la identificación del TND en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión 4, Texto Revisado (DSM-IV-TR). A pesar de que existen ciertas discrepancias entre la OMS y la APA con relación a las

conductas que caracterizan al TND, ambas organizaciones coinciden en que se trata de un patrón alterado de conducta que se caracteriza por conductas desafiantes y hostiles, dirigidas principalmente (pero no exclusivamente) contra figuras de autoridad. Este patrón tiene que estar presente por lo menos por 6 meses consecutivos y no debe incluir conductas consideradas "normales" según la edad del individuo. Este trastorno ya se puede observar en niños menores de 8 años de edad. El DSM-IV-TR requiere la presencia de por lo menos 4 síntomas (o más) correspondientes a las categorías de: accesos de cólera, discusión con figuras de autoridad/adultos, actitud desafiante, desobediencia, culpar a otros por errores personales, resentimiento y actitud vengativa. Estas conductas deben producir un deterioro significativo de la actividad social y académica para ser consideradas en el diagnóstico del TND.

Con relación al tratamiento, comencemos por aclarar tres aspectos que se consideran de importancia. En primer lugar debemos tener presente que el tratamiento del TND no se da en el contexto de una terapia individual sino más bien en terapia de familia. En segundo lugar, debemos reconocer que el rol del profesional es el de 'consultor' para la familia. Son los padres de familia los que cumplen el rol de terapeutas, y en tal rol, consultan con el profesional. Finalmente, el tratamiento que se inicia hoy día tiene como objetivo modificar la conducta del niño/a en los próximos meses y no inmediatamente. Es muy importante tener presente que la conducta que se pretende modificar tomó algún tiempo en desarrollarse. Si José tiene 12 años, recordemos que le tomó 12 años aprender esta conducta desafiante, y lo que toma 12 años en ser aprendido no se puede "olvidar" en una o dos semanas, en uno o dos meses.

En adición a las consideraciones previas, es muy importante reconocer que gran parte del éxito en el tratamiento del TND depende del claro entendimiento que tanto la familia como el profesional tengan sobre la aparición y evolución del trastorno. El TND aparece como resultado de una interacción con características peculiares entre los padres y el niño(a). Las investigaciones en el campo del apego infantil (attachment) revelan que el tipo de apego "inseguro" es el que caracteriza la infancia de niños(as) que más adelante presentarán un TND. Este es un trastorno que se genera en la interacción entre padres e hijos. Esta interacción generalmente se caracteriza, entre otras cosas, por:

- ❖ La ausencia de límites a la conducta del niño durante los primeros años de vida. Algunos padres de familia deciden no poner límites a las conductas de los niños, ya sea por negligencia, porque creen que de esa forma el niño va a desarrollar más independencia o iniciativa, o porque simplemente no saben como limitar estas conductas en sus niños. Las situaciones que tipificarían esto serían aquellas donde al niño(a) se le permite agarrar todo lo que desea, incluso cuando el objeto deseado está en posesión de otros o cuando la posesión del objeto puede implicar algún tipo de riesgo para el niño (un vaso de vidrio que se puede romper).

- ❖ Situaciones donde los halagos, regalos y reconocimientos al niño(a) se dan de manera exagerada impidiéndole que haga una transición saludable entre el egocentrismo de los 2 años y una conducta orientada a la consideración de otros.

❖ Una interacción entre los padres y el niño donde es el niño quien generalmente toma las decisiones (lo que va a comer, la ropa con la que se va a vestir), y se le da gusto en todo lo que desea.

❖ Una disciplina inconsistente donde las normas de disciplina se aplican de acuerdo al estado de ánimo de los padres más que en respuesta a una conducta manifiesta en el niño(a). Cuando el niño emplea un lenguaje obsceno, en algunas ocasiones se le ignora pero en otras se le castiga. Esto hace impredecible la reacción futura de los padres frente al uso de palabras obscenas.

❖ Una aparente buena interacción entre los padres y el hijo(a). Sin embargo tal interacción positiva se mantiene al costo de hacer lo que el hijo(a) quiere, evitando contradecirlo o indisponerlo.

❖ Una interacción donde no existe coincidencia entre la política disciplinaria del papá y de la mamá: donde las reglas y castigos impuestos por uno de ellos son eliminados por el otro; donde el niño(a) es testigo de la falta de congruencia entre sus padres con respecto a las expectativas sobre la conducta; donde uno castiga y el otro perdona; donde uno dice "no" y el otro dice "sí"; donde uno avisa que la hora de comer es las 6 de la tarde mientras que el otro accede al pedido de comer a "cualquier hora".

❖ Finalmente donde es evidente que el niño ha adquirido el "poder" de control que uno de sus padres o ambos han perdido.

El plan de tratamiento debe aparecer como resultado de un proceso diagnóstico minucioso. Hacer conocer los resultados a los padres permite que tanto el profesional como los padres tengan una misma idea de las conductas a tratar y de los objetivos deseado en el tratamiento. Cada plan de tratamiento debe ser adecuado a las características de la familia y del niño(a) a ser tratado. Recordemos que tratamos de modificar una conducta que ha sido establecida luego de un largo proceso de aprendizaje y lo que se aprende durante varios años no se puede modificar de un día a otro, o de una semana a otra. El cambio que se espera no aparecerá de inmediato.

Recordemos que el proceso terapéutico ocurre en el ambiente familiar y que el profesional juega el rol de "consultor" de los padres quienes son los responsables de la aplicación de las técnicas que se describen a continuación. Finalmente, la expectativa no es que el niño(a) vaya a cooperar con el tratamiento. No se trata de "convencer" al niño(a) que coopere o que sea "bueno" o que "muestre su amor por los padres" a través del cambio de su conducta. Si alguno de estos aspectos se hace presente, quizás, no estamos en frente de un niño(a) con TND. Es de esperar que la conducta se modifique para evitar las consecuencias negativas que traerá el incumplimiento de reglas. Es de esperar que el niño(a) modifique su conducta por razones personales, tales como, evitar consecuencias desagradables por su comportamiento. Quisiera mencionar dos de los aspectos básico a tener presente en el tratamiento del TDN.

Si José tiene 12 años, recordemos que le tomó 12 años aprender esta conducta desafiante, y lo que toma 12 años en ser aprendido no se puede "olvidar" en una o dos semanas, en uno o dos meses.

III. Consistencia

Las reglas de disciplina y otras instrucciones para modelar conductas deben ser aplicadas de manera consistente. Esto quiere decir que se aplicarán una y otra vez, sin interrupciones o modificaciones significativas. Esta consistencia se refiere no solo a la aplicación rutinaria de las reglas, sino también a la consistencia en su utilización por otros miembros de la familia. Si la mamá propone una norma para la conducta de los niños en la casa, el papá y los otros adultos en la vida del niño(a) deberán respetarla y aplicarla de la misma manera. Si la mamá impone como regla que nadie vea televisión antes de terminar las tareas escolares, nadie va a modificar tal regla. Eso quiere decir que la regla es válida de Lunes a Lunes, y durante todos los meses del año escolar. Esto quiere decir que si el niño(a) va a pasar la noche en la casa del tío o de los abuelitos, los adultos serán responsables que no vea televisión hasta que no complete sus tareas escolares. Si la comida se sirve a las 6 p.m., las 6 p.m. es la hora para comer y no las 6:30 ó 7 p.m., hoy, mañana y siempre que sea posible.

IV. Aplicar consecuencias inmediatamente

Si el niño(a) cumple con lo que se le pidió, lo vamos a recompensar a través de felicitarlo, darle un beso, abrazarlo o cualquier otra manifestación de aprobación y reconocimiento por la conducta apropiada. De igual forma, si el niño no cumple con la regla, vamos a aplicar un "castigo". Entendamos por "castigo", una situación que aparece como consecuencia de no cumplir una regla. El castigo debe darse tan pronto como sea posible, después de que la regla no ha sido obedecida. Idealmente, el castigo debe representar una consecuencia natural de la desobediencia. Por ejemplo, tenemos como regla que la hora de comer son las 6 p.m. Luego de un primer aviso que la comida está servida y de que el niño(a) no se presenta a comer porque está viendo TV o jugando, daremos la siguiente indicación: "Voy a contar hasta tres, si no estás sentado comiendo a la cuenta de tres, me llevo la comida a la cocina y no hay comida hasta mañana". Contamos hasta tres y si a la cuenta de de tres no está sentado(a), no decimos nada y nos llevamos la comida a la cocina. La regla no se va a romper por ninguna razón y no hay razón para ofrecerle algo de comer después de tal hora. Es muy posible que la primera vez, el niño(a) no



reaccione con fastidio, e incluso puede decir burlonamente que "no tiene hambre" o que "está feliz de no comer esa comida". Hay que tener paciencia. La idea no es que se moleste, sino que, poco a poco, vaya aprendiendo que si decimos algo, ese algo va a ocurrir de todas maneras. Quizás durante las siguientes 20 noches no se presente a comer a las 6 p.m., pero pueden estar seguros de que en algún momento el niño no estará contento de irse a la cama con el estómago vacío y en algún momento estará sentado(a) a las 6 p.m.

Como ejemplos de recompensas podemos citar:

- ❖ Un reconocimiento verbal (te felicito por hacerlo..., gracias por hacer lo que te pedí..., me pone contenta(o) que me hagas caso).
- ❖ Un contacto físico indicativo de aprecio y reconocimiento (un abrazo, un beso, una caricia).
- ❖ Adición de puntos en un programa de recompensas que ha sido previamente preparado con la participación del niño(a). Si el niño(a) tiene acumulados "3" puntos hacia el viernes, "estás a punto de ganar el premio". Si tiene "4" puntos, "ya ganaste el premio". Estos premios no requerirán una cantidad significativa de dinero o de un esfuerzo significativo que no puede ser mantenido día a día.
- ❖ Una actividad con el niño(a) tal como ver con él su programa favorito en la TV, jugar con él su juego favorito, contarle un cuento más largo que de costumbre a la hora de acostarse, etc.

Ejemplo de "castigos" pueden ser:

- ❖ Una reprimenda verbal ("no me gustó lo que hiciste"). Muchas madres dirán que un comentario de este tipo no afecta a su niño(a); si la madre es capaz de ser consistente con su actitud de desaprobación por la conducta y sus gestos indican su descontento, muy pronto verá el efecto real de tal comentario.
- ❖ Decirle "me molestó lo que hiciste, no te voy a hablar durante 10 minutos". Aplico los mismos comentarios del párrafo anterior con relación a la idea que algunos niños no mostrarán ninguna reacción a tal silencio.
- ❖ Quitarle puntos en el programa de recompensas.
- ❖ Tiempo fuera. Como recomendación yo sugeriría tantos

minutos de tiempo fuera como años tiene el niño(a). Es decir, 5 minutos para un niño de 5 años. Tiempo fuera implica romper una rutina (el niño que está jugando, viendo TV, con sus amigos, etc.) para que pase unos momentos en su cuarto o sentado en una silla en el comedor o en la sala.

Ciertamente habría mucho más por escribir acerca de la modificación de la conducta en niños(as) con TDAH. Las ideas anteriormente expuestas pueden ser utilizadas simplemente como guía para el desarrollo de un programa de modificación conductual más individual y personalizado. Soy muy consciente de que en este artículo no se incluyen todos los temas involucrados en los procesos de diagnóstico y tratamiento del TDAH.



Adquéralo a través de Internet en PARADOX Libros, S.L.
www.paradox.es



TDAH

Fundación

TDAH

Tratamos por TDAH de Atención e Hiperactividad

- ❑ Grupo de Padres
- ❑ Cursos / Talleres / Conferencias
- ❑ Curso de Coaching para padres
- ❑ Curso on-line 2006 para profesionales

- ❑ Biblioteca
- ❑ Seminarios para Docentes
- ❑ Seminarios de Capacitación
- ❑ Seminarios de Capacitación

Educando hacia la Diversidad

Gabriela Delgado Paulsen ¹

Me gustaría empezar revisando algunas ideas que tienen que ver con lo que la mayoría de las escuelas pretendemos (o al menos esa es la intención) con nuestra tarea educativa y formativa. Sería muy difícil aislar la tarea educativa de un contexto socio-político y cultural ya que esta inmerso en éste, por lo tanto, se ajusta a ciertos principios de la democracia.

"Las escuelas son escenario de formas de participación que reproducen en miniatura, aunque con importantes modificaciones, la estructura general del estado" (Fernández Enguita. 1990)

"La democracia no se agota en el ejercicio del voto sino que lleva consigo la participación, el pluralismo, la libertad, la justicia, el respeto mutuo, la tolerancia, la valentía cívica, la solidaridad y la racionalidad comunicativa" (Santos, Guerra. 1995). Vamos a revisar brevemente cada uno de estos puntos:

LA PARTICIPACIÓN

Este es el principio básico de la democracia y que no se reduce o limita al voto, sino que exige el dialogo, el debate abierto, la toma de decisiones, etc. En una escuela la participación tiene varias facetas: en la gestión del centro, en la normatividad (normas y reglamentos), en la selección de contenidos y metodología, en el proceso de evaluación, etc.

EL PLURALISMO

Este principio parte de la diversidad como realidad inevitable y deseable, es decir hay diferentes grupos, personas, valores, motivos, expectativas, opiniones, etc.

LA LIBERTAD

Este principio es el eje sobre el que se asienta la democracia, y se refiere a la libertad de expresión, de acción y de agrupación.

LA JUSTICIA

La democracia no supone la libertad de los fuertes para aplastar a los débiles, sino una equidad en las condiciones de vida y desarrollo.

"La justicia constituye la garantía estructural de pervivencia para la democracia en todas sus manifestaciones" (Sarramona. 1993)

EL RESPETO MUTUO

Es el principio que hace posible la convivencia en la diversidad, y solo basándose en el respeto es que podemos aceptar las opiniones, los planteamientos y formas de vida de otros que discrepan de las nuestras.

LA TOLERANCIA

Este principio es el resultado del respeto, ya que la actitud tolerante nace de la consideración de lo individuos como personas de igual dignidad.

"La escuela - a través de su contexto como comunidad abierta y tolerante- y particularmente a través de sus maestros, debe ser

un espacio socio-político relevante y transcendental para la formación de esas actitudes de tolerancia y de esos valores de igualdad y solidaridad, fundamentos de toda sociedad democrática" (Calvo Buezas. 1993)

LA VALENTÍA CÍVICA

La valentía cívica es la virtud de alzar la voz por una causa, por las víctimas de la injusticia, por una opinión que creemos que es correcta, incluso en situación de abrumadora desventaja. La virtud de la valentía cívica nos induce a caer en riesgos: el riesgo de perder nuestra segura posición, nuestra pertenencia a una organización social o política, el riesgo a quedarnos aislados, a tener en contra a la opinión pública ("HÉLLER 1989"). La persona con valentía cívica no galantea o busca la confrontación por la confrontación, sino que actúa con la convicción de que se puede hacer justicia y aunque sean pocas las posibilidades de triunfo, se mantendrá en su postura.

LA SOLIDARIDAD

Es el medio por el cual la humanidad busca disminuir la opresión, la fuerza y la violencia entre grupos y propiciar la libertad y oportunidades de vida.

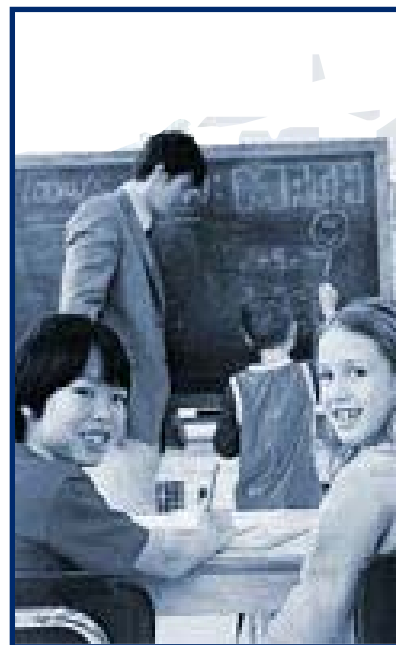
LA RACIONALIDAD COMUNICATIVA

Es el procedimiento mediante el cual el discurso racional busca el interés común, o sea, proporciona las bases justas para la deliberación y la búsqueda de los valores que han de establecer la mejora de las instituciones comunes.

Basándonos en estos principios la democracia constituiría una forma de vivir, de entender la relación con los demás, de organizarse y comportarse y en el ámbito escolar implicaría una dinámica de participación. Si todo está determinado, si solo hay que cumplir las normas y lo prescrito y aprender lo que oficialmente se enseña, no se arriesga nada, **NO SE CONSTRUYE NADA**.

Desde esta perspectiva la escuela debe garantizar 3 derechos :

1. El derecho al crecimiento.
2. El derecho a ser incluido.
3. El derecho a la participación.



¹ La Dra. Gabriela Delgado Paulsen es psicóloga y presidenta de la Fundación DAHNA de México

Sin embargo, existe una discrepancia entre las ideologías teóricas y las ideologías prácticas que dan como resultado algunas contradicciones en la educación.

1. La escuela es una institución de reclutamiento forzoso que pretende educar para la libertad. La enseñanza es obligatoria ya que lleva consigo la garantía de derechos para todos, la escolaridad gratuita y un currículum básico. Es una institución parálitica que depende de otros para moverse.

2. La escuela es una Institución jerárquica que pretende educar en y para la democracia. Desde el órgano rector y cada uno de los miembros que la conforman, hasta la configuración y distribución del espacio, tiene connotaciones privilegiadas para el poder.

3. La escuela es una Institución que pretende educar para los valores democráticos y para la vida. Sin embargo, es muy difícil educar a los alumnos en valores (solidaridad, paz, autenticidad, igualdad) y para la vida, cuando la vida es en muchas ocasiones poco solidarias, belicista, discriminatoria. Aquí la pregunta o la tarea sería ¿Cómo combinar ambas pretenciones?

4. La escuela es una institución epistemológicamente jerárquica que pretende educar la creatividad, el espíritu crítico y el pensamiento divergente. El currículum contiene un conocimiento establecido, seleccionado y organizado y quien ha hecho esta selección, organización y evaluación tiene un especial poder, es decir, quien tiene poder selecciona el conocimiento, quien selecciona el conocimiento tiene el poder.

5. La escuela es una Institución cargada de imposiciones que pretende educar para la participación. La falta de participación se hace obvia en las pocas opiniones y toma de decisiones de sus miembros.

6. La escuela es una institución que busca la diversidad pero que forma para competencias culturales comunes. “La cultura de la diversidad no se ha impuesto en la escuela. Pero es precisamente la diversidad, entendida y practicada de forma enriquecedora lo que constituye la esencia de la educación” (Santos Guerra, 1995).

Desde la diversidad y en la diversidad nos formamos y es el eje de la educación democrática o para todos, no es solamente una realidad fáctica sino deseable. El respeto a las diferencias exige tolerancia. El sentido de la justicia exige superación de las discriminaciones.

Y es con esta última idea con la que quisiera que trabajáramos y analizáramos de una manera más profunda, ya que insisto, esto es una responsabilidad moral de todas las escuelas.

Con este esquema podemos hacer el análisis de que hace la escuela o mejor dicho que “debe” hacer la escuela.

La escuela tiene una función que se basa en una serie de demandas sociales y que la organiza un sistema que le vamos a llamar currículum, el cual definiremos más adelante. Por otro lado esta el individuo con una serie de características personales y únicas que sería imposible enumerar. Cuando este sujeto se

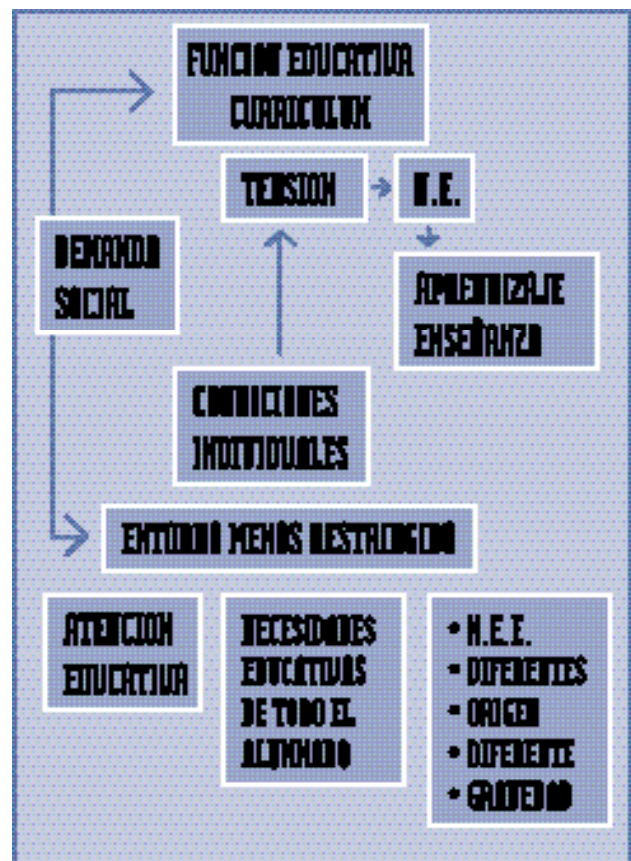
acerca a la escuela se produce una respuesta (tensión); suponiendo que el currículum o el estilo de la escuela es muy rígido o cerrado y que el niño posee características poco favorables (nutricionales, culturales, intelectuales, biológicas, etc.) la tensión se hace muy grande y muy probablemente este niño no entre al sistema o "fracase" en el sistema y por lo tanto, no se logrará el aprendizaje y se excluye de la propuesta educativa y de los principios democráticos.

Como el individuo viene conformado así y nosotros escuela no podemos modificar lo que ya esta hecho (podemos facilitar lo que se puede hacer), entonces la pregunta sería ¿Desde donde, ó quién tiene que modificar su estructura?, ¿el sujeto o la escuela?. Desde esta perspectiva la escuela al flexibilizar su currículo, disminuye la tensión que se genera y el niño puede incluirse en el sistema buscando darle los apoyos que necesita para lograr el aprendizaje.

Abordando así el problema nos encontramos con tres conceptos importantes para definir como la escuela puede ayudar a cualquier alumno a lograr el proceso enseñanza/aprendizaje.

CURRICULUM

“Es una tentativa para comunicar los principios y rasgos esenciales de un propósito educativo de tal forma que permanezca abierta a la discusión crítica y pueda ser trasladado efectivamente a la practica”.



"Establece los propósitos educativos. Integra y ordena los contenidos para la enseñanza, propone materiales de trabajo que apoyan la labor del docente, así como procedimientos evaluativos para constatar el avance en el aprendizaje y el logro de los objetivos propuestos"

Es decir es desde el curriculum precisamente que la escuela tiene que trabajar, buscando adecuarlo a cada sujeto sin perder nunca de vista su intención.

NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

Todas las personas tenemos una necesidad educativa y es labor del maestro conocer a través de la observación las necesidades educativas de sus alumnos, sin embargo, habrá algunos niños que por sus características individuales requieran o necesiten de algo extra, especial o diferente (por ejemplo: una persona con una discapacidad visual, necesitará desde unos lentes, hasta libros escritos en Braille). En pocas palabras una NEE, es cuando alguna persona demanda una atención más específica y mayores recursos educativos de los necesarios para compañeros de su misma edad.

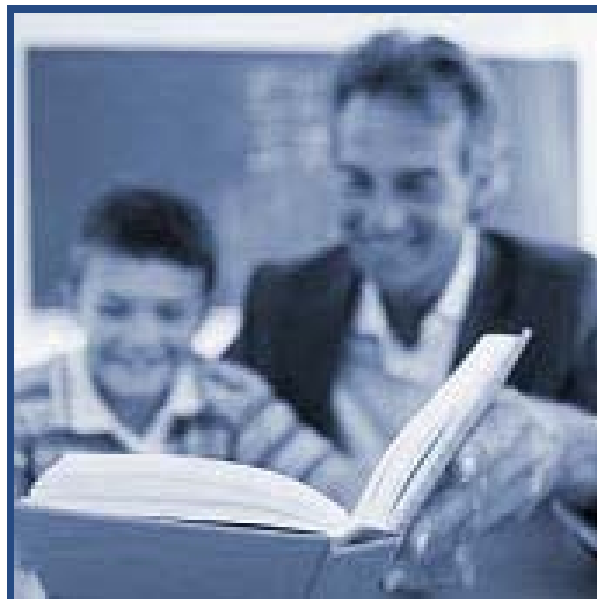
INTEGRACIÓN EDUCATIVA

El objetivo es proporcionar condiciones educativas satisfactorias a todos los niños/as dentro de una escuela regular, de manera que se favorezca el contacto y la socialización con compañeros de la edad y que en el futuro se les permita integrarse y participar mejor en la sociedad, basándose principalmente en criterios de igualdad y justicia.

Por otro lado la integración no solo contempla a niños con NEE, sino que el beneficio que obtienen el resto de los niños es superlativo, ya que disponen de más recursos y sobre todo

adquieren actitudes de respeto y solidaridad hacia sus compañeros menos dotados.

Y por último la escuela también se ve beneficiada, ya que la integración exige mayor competencia profesional de los maestros, proyectos educativos más completos, capacidades de adecuar el curriculum a las NEE, mayores recursos educativos, etc., y sobre todo atiende al verdadero propósito de la educación.

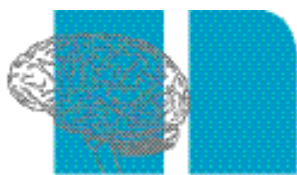


Referencias Bibliográficas

"Volver a pensar la Educación I y II": VVAA. Editorial Oceano

"La vida en las Aulas": Jackson; Editorial Aguilar.

"Psicología Educativa I y II y III": Coll, Marchesi y Co; Editorial Manual Moderno.



Neuropharma

EXPERIENCIA Y CALIDAD AL SERVICIO DE LA NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

Pringles 10 3º piso - C.P. (1183) Capital Federal / Teléfono 4958-6223 - Fax 4958-4462
Celular (15) 4495-0460 / e-mail: neuropharma@xdnet.com.ar

Preguntas Frecuentes sobre el Tratamiento del TDAH

-Terapia Farmacológica II Parte -

Dr. Claudio Jehin ¹

1. ¿El metilfenidato afecta el crecimiento de los niños?

En principio no. He publicado con el Lic. Mariano Scandar una reseña sobre el tema. En el número 5 de TDAH Journal en el que se revisa toda la literatura. En principio se puede afirmar que utilizando el fármaco en niños mayores de 6 años, tomando el recaudo de proporcionar periodos de descansos durante las vacaciones de verano y de invierno y, eventualmente, durante los feriados se minimiza cualquier efecto posible. Por otro lado, esta práctica es recomendable por la cuestión del peso.

2. ¿Cuál es la problemática relativa al peso?

Un efecto leve pero perdurable en algunos niños es el efecto de disminución del apetito que tiene el metilfenidato, en particular durante la hora del almuerzo si se le ha administrado por la mañana. Es apropiado que el médico controle la evolución del peso e instruya a la madre, si es necesario con la ayuda de una nutricionista, a balancear la carga energética de los alimentos de manera diferente. Por ejemplo, aumentando la carga calórica de los desayunos y las cenas y a la vez, compensando con un almuerzo más frugal pero que a la vez debe ser altamente nutritivo. Es extremadamente inusual que un niño deba suspender el tratamiento por esta causa, nuevamente, los descansos de medicación ayudan a compensar este problema. También se ha observado disminución de apetito con la Atomoxetina, pero tampoco al grado de suspender el tratamiento por ello.

3. ¿Cuál es la frecuencia con que debo ir a la consulta médica?

Una vez que se ha establecido la dosis de mantenimiento apropiada y el curso del tratamiento marche bien lo ideal sería proceder al menos con tres consultas al año, el mínimo ideal es cuatro, con la finalidad de revisar la dosificación, resolver dudas y monitorear la evolución física del niño. La comunicación entre el médico tratante y el pediatra o médico de familia debe ser fluida, ya el niño, adolescente o adulto con TDAH está expuesto como cualquier otro ser humano, a la adquisición de otras enfermedades y siempre es apropiado revisar que efecto pueden éstas y sus medicaciones sobre el tratamiento en curso. Esto es válido para quienes reciben metilfenidato como para quienes están recibiendo atomoxetina.

4. ¿Porqué a mi hijo le han ido subiendo la medicación?

Tomemos en primer momento, el ejemplo del Metilfenidato. La medicación se sube en dos momentos. Al principio durante el proceso de titulación, es decir, cuando hay que buscar cuál es la dosis apropiada para su hijo. El metilfenidato es un fármaco en el que no es cierto que a más dosis mejor resultado. Por ejemplo, un

niño podría no tener ningún efecto terapéutico con 5mg por toma, estar con una remisión de síntomas del 70% con 10mg y una remisión del 50% con 15mg. Por ende, el profesional debe elegir una dosis, con una mínima referencia a la edad y al peso, y luego probar. Posteriormente, el niño crece y de la misma manera en que los pantalones le quedan chicos le puede quedar chica la dosis. No obstante, los ajustes en dosis son mínimos y los pacientes, de cualquier edad, suelen utilizar la misma dosis por mucho tiempo.

Por otro lado, en el caso de la Atomoxetina, el proceso de titulación es diferente ya que la droga actúa de manera diferente. En este caso, sí existe un protocolo de titulación altamente relacionado con el peso del niño. Sin importar el subtipo de TDAH la posología inicial recomendada en niños y adolescentes con peso menor de 70kg es de 0.5mg por kilo y por día (en una sola toma diaria) durante un periodo mínimo de tres días que muchos colegas en general estiran a cinco. Posteriormente, si el fármaco es bien tolerado se lleva a una dosis de 1.2mg por kilo y por día. Si el paciente pesara más de 70 kg debería recibir una dosis inicial de 40mg diarios con incrementos posteriores hasta llegar a 80mg diarios en el curso de dos a cuatro semanas. Se recomienda una dosis máxima de 1.4mg por kilo y día o bien 100mg (lo que sea menos). Es importante que los padres, tanto en el caso del metilfenidato como en el de la atomoxetina, no confundan con incremento de dosis, los cambios lógicos en el proceso de titulación.

5. Si por algún motivo tengo que suspender la medicación. ¿Puedo hacerlo de un día para el otro?

Sí, tanto en el caso de la atomoxetina como del metilfenidato usted puede discontinuar la medicación de inmediato, sin tener que realizar una reducción gradual de la dosis.

6. Me han dicho que mi niño podría tener hiperactividad por falta de hierro.

Es un tema controvertido. En la actualidad la Asociación Pediátrica Americana no recomienda el testeo de niveles de hierro como parte del proceso diagnóstico en el TDAH. No obstante, parte de la evaluación física de todo niño antes de iniciar el tratamiento debería incluir la certeza de que tiene un estado general de buena salud. Como ha manifestado Eric Taylor, un afamado especialista en el TDAH, los niveles de hierro en los niños con TDAH no se saben si son causa o consecuencia: los niños hiperactivos tienen crónicos problemas para alimentarse de manera regular y esto podría llevar a insuficiencias de hierro. Así es que la cuestión no es si dar hierro u otro fármaco. Sino más bien, de dar el fármaco que se ha considerado mejor para el niño y a la vez mantenerlo saludable desde otros aspectos.



El uso de Escalas en el Proceso de Identificación y Titulación: Especial Referencia a la Escala SNAP IV

Lic. Ruben O. Scandar ¹

1. Las escalas de medición del comportamiento y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

La psiquiatría americana le otorga un lugar central a las escalas de medición del comportamiento ya que las mismas son confiables, objetivas, y requieren poco tiempo para su aplicación y corrección. Motivo por el cual disponen de una gran cantidad de instrumentos adecuadamente validados en la población americana en general de raza blanca, aunque hay buenos y adecuados estudios de validación efectuados en la población afroamericana y, en menor medida, en la población de origen latino o hispanico. Estos frondosos recursos no son habituales fuera del mundo de habla inglesa y por ende, en el contexto del lenguaje español, no disponemos de gran cantidad de escalas adecuadamente validadas, aún suponiendo que sea lícito extrapolar los resultados de una prueba validada en la ciudad de México o en Madrid a la población de otra ciudad de habla hispana. A los efectos de este artículo nos explayaremos sobre un número pequeño de escalas, en general de muy amplia aceptación y/o que tengan alguna validación significativa realizada en población de habla hispana ya sea en América Latina o en España.

Más allá de esta dificultad contextual, las encuestas tienen una serie de dificultades que les son propias, ya que son afectadas fuertemente por la subjetividad del informante, ya sea por razones psicopatológicas, situacionales, o de tipo sociocultural.

Lógicamente, las escalas de medición tienen problemas comunes con otros test: los de fiabilidad y validez conforme a la nobleza de su diseño, etcétera. Sin embargo se han ido imponiendo a lo largo del siglo pasado porque son de administración rápida y simple, dan información específica y generalmente cuantificable, facilitan la comparación, permiten realizar estudios de evolución y, aunque falibles, cuando están bien diseñadas también nos indican el porcentaje de error con el que miden.

La facilidad de la administración también ha provocado un uso inapropiado, utilizando escalas con fines diagnósticos, cuando sólo deben utilizarse para identificar casos con alta probabilidad de tener un determinado trastorno.

¿Cuáles son los principales cuestionarios que pueden utilizarse en el caso del TDAH? Esto depende no sólo de los instrumentos sino de los lugares de aplicación. A continuación mencionaremos algunos, que son de particular utilidad para la población de española ya sea porque se trate de instrumentos hechos o validados en España o en algún otro país de habla hispana.

Existen inventarios destinados a relevar aspectos evolutivos en general. Hay varios y están destinados a abreviar el trabajo de

anamnesis pero no la sustituyen así es sólo nos hemos limitado a citar un par de ellos: (Barkley, R. A. et al 1998 y García Pérez, E.M. 2001). El Cuestionario de Conducta Infantil de Achenbach y Edelbrock (1983) presenta múltiples escalas factoriales, entre ellas un Perfil Atencional Infantil que tiene una adaptación hecha en España (Manga, et al., 1995) Las escalas de Achenbach son útiles para hacerse un panorama general sobre la condición general psicopatológica y lo mismo corre para las subescalas mencionadas, pero no aportan gran precisión diagnóstica. La escala específica más difundida es la K. Conners (1969), de la cual existen diversas versiones, en general diseñadas sobre conceptos propios de fines de los años 60, y dado los cambios sufridos desde entonces hasta la fecha en los criterios diagnósticos, su uso debe considerarse inconveniente. La escala completa para docentes primera constaba de 39 ítems que medían seis factores: hiperactividad, trastornos de conducta, labilidad emocional, ansiedad, sociabilidad y dificultades del sueño (Trites et al., 1980) y ha dado lugar a diversas modificaciones, variaciones y nuevas escalas (Conners, 1980 y Lonely, 1982). En España, la escala de Conners de 1969 ha sido la más utilizada y la que ha dado pie a validaciones (Farre et al., 1997) que son de utilidad relativa ya que no permite realizar una aproximación discriminante entre los factores del trastorno y otros problemas cognitivos y conductuales. En especial, los elementos seleccionados para medir el factor inatención son cuestionables.

Las escalas Magallanes de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EMTDA-H, García Perez y Magaz Lago, 2000a), Están realizadas sobre la base de 17 elementos y mide tres variables: déficit de atención, hiperkinesia y déficit de reflexividad para el segmento etario de 6 a 16 años para el ámbito familiar y de 6 a 12 para el ámbito escolar. Las escalas poseen un buen valor discriminante en niños que están entre 6 y 9 años y expresan en forma acertada los criterios diagnósticos actuales. Los autores mismos previenen sobre el hecho de que en general de que los criterios diagnósticos establecidos internacionalmente, son más apropiados para tales edades, por eso, cuando indagan a niños mayores, sugieren que se interroge a los padres no sólo sobre el comportamiento actual, sino sobre el existente en esas edades.

Las escalas IDC-PRE e IDC-E son escalas diseñadas en Puerto Rico y en cuanto a la IDC-PRE hay un estudio realizado sobre 440 niños de tres provincias argentinas, con un adecuado balance poblacional, que muestran que tiene un perfil estadístico similar al estudio original (realizado por el autor y que se publicará con la escala misma). La escala IDC-PRE para niños de 4 a 5 años mide 4 áreas: a. Retraimiento Social-Depresión; b. Ansiedad; c. Actividad-Impulsividad-Distracción y, finalmente, d. irritabilidad-hostilidad. La escala IDC-E miden diversos factores utilizando

¹ Lic. Ruben O. Scandar es Psicólogo y Director de Docencia e Investigación de la Fundación TDAH.

muchos elementos de la escala original de Achenbach y Edelbrock, es útil para niños de 6 a 13 años y mide las áreas: a. Retraimiento Social; b. Depresión; c. Ansiedad; d. Irritabilidad-Hostilidad; e. Actividad-Impulsividad y f. Control Excesivo y Control Insuficiente.

Escalas que siguen en términos generales el DSM-IV hay muchas y con poca validación en población de habla hispana. Quizás la más relevante sea la SNAP-IV que agregaremos a continuación. Su uso en la República Argentina está bastante difundido y en la Fundación TDAH se ha está realizando un estudio de validación, en que los primeros estadísticos muestran que tiene un aceptable nivel de falsos negativos y positivos. Por ende, es útil como screening, aunque nunca sería tan valiosa como la utilización de un interrogatorio directo, como el que se utiliza en la entrevista estructurada K-SADS-PL (Ver la Planilla SNAP-IV en el caso clínico que se presenta).

La Escala SNAP-IV tiene puntajes diferenciados para padres y docentes, al igual que la de Conners. Suele ser útil y su difusión sin derechos de copyright hace que la destaquemos.

identificación basada en categorías discretas en vez de utilizar un formato dimensional. El dilema es que, probablemente si se utilizan una desviación estándar y media, se sobre identifique y si se utilizan dos se subidentifique, es decir, que en este último caso, el número de falsos positivos tendería casi a cero pero aumente el número de falsos negativos.

Es opinión del autor, dada su experiencia en estudios de prevalencia utilizando escalas, que es preferible utilizar una desviación estándar y media, a condición de que luego se realice una entrevista estructurada, de manera de corregir el número de falsos positivos.

3. Caso Clínico a través de una versión del SNAP

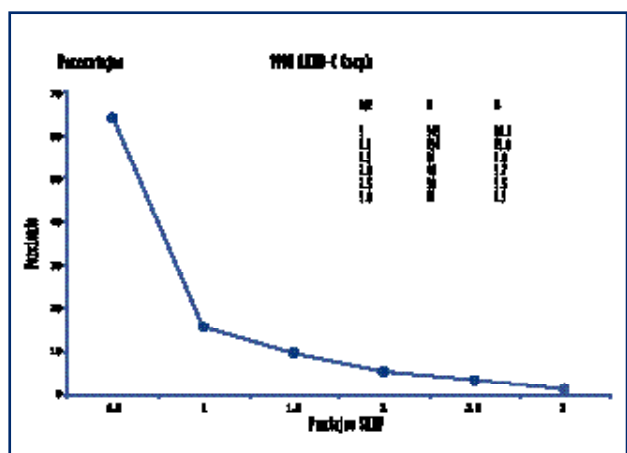
Presentaremos un caso clínico de manera breve con el objetivo de observar el perfil de un niño con TDAH y a la vez, ver la utilidad de alguna de dos de las escalas más utilizadas en nuestro medio: la de Achenbach y la. SNAP IV. No podremos mostrar los elementos de la escala de Achenbach, pero sí nos podremos extender sobre la escala

Carga Factorial de la Escala SNAP IV			
Nº	Descripción del Elemento	Factor I	Factor II
1	No presta atención a los detalles (se distrae) en su trabajo escolar	.840	.265
2	Tiene dificultades para mantenerse en atención en actividades o juegos (incluido video y PC).	.842	.347
3	Frecuente no presta atención en la escuela	.845	.300
4	No sigue las instrucciones o no termina su trabajo escolar o deberes	.847	.325
5	Tiene dificultades para seguir las instrucciones y actividades	.811	.363
6	Errores o la desatención en tareas o actividades que requieren de un nivel de atención sostenida.	.844	.324
7	Plantea las actividades escolares para sus actividades (por ejemplo: juguetes, videogames, televisión, dibujos, canciones o libros).	.769	.394
8	No obedece por sus propios medios a su escuela	.789	.443
9	Comete errores de omisión en sus actividades escolares.	.844	.300
10	Es impaciente con sus tareas y pide cuando debe permanecer sentado	.528	.638
11	No puede permanecer sentado en clase o en situaciones donde se espera que lo haga.	.435	.737
12	Corre o juega en forma excesiva en situaciones (propiedades de los niños, escuela; recreación, actividades de tiempo libre, etc.)	.365	.738
13	Tiene dificultades para jugar o involucrarse en actividades placenteras de manera calmada.	.376	.736
14	Esta en actividad, con exceso de energía, impetuoso por su temperamento	.329	.843
15	Habla en forma excesiva	.263	.797
16	Desprende sus cosas o juega, intermite la pregunta	.174	.866
17	Tiene dificultades para seguir las reglas	.263	.809
18	Intermite las actividades de otros, o cuando otros están hablando	.285	.807

2. SNAP IV

Seguiremos aquí las ideas de James Swanson sobre la escala SNAP IV. La carga Factorial para los elementos es la que sigue, como ustedes observaran la distribución de la carga factorial diferencia bien el Factor I (inatención) del Factor II (Hiperactividad-impulsividad), pero a la vez, los indicadores de Hiperactividad no se pueden disociar de los de impulsividad.

En el Grafico siguiente vemos los puntajes como se modificarían la identificación, dependiendo de cuántas desviaciones estándar se tomen medidas desde la media. Pueden observar que tomando una desviación estándar se identificaría al 15.8% y tomando una desviación y media al 9.8 %. El hecho de que aún con esta última medida la identificación sea tan alta, se debe, según Swanson, al artificio que produce una escala de



SNAP IV, que es además el motivo central de nuestra intención.

Tomás es un niño de 9 años y 9 meses que fue remitido a la consulta por presentar dificultades de comportamiento y un pobre rendimiento académico. La sintomatología no hizo plausible pensar en un Trastorno Disocial de Conducta, no se detectaron problemas significativos ligados al humor, la exploración pediátrica y neurológica fue normal y no se relevó ningún antecedente significativo para suponer alguna otra condición médica. La familia lo describe como un niño bueno y simpático que siempre está metiéndose en problemas, poco motivado para el estudio y con niveles de

hiperactividad e impulsividad moderados desde la infancia.

En primer lugar mostraremos los resultados que el niño presentó en la escala SNAP IV en la parte de inatención. El elemento 10 no se computa, así es que la suma del 1 al 9 da 19 puntos y al dividirlo por nueve se obtiene un coeficiente de 2.11 (el puntaje de corte para la desatención cuando la escala es llenada por los padres es de 1.78) por lo que se sostiene la idea de que tiene problemas atencionales. Por otro lado, 7 de los 9 indicadores están en la zona de frecuente (2 puntos) o muy frecuentemente (3 puntos), hecho que es significativo.

Comportamiento a Ser Observado - Desatención - Padres - Paciente Tomás					
	0	1	2	3	
1 No presta atención a los detalles/omite cosas por descuido en su trabajo escolar			1		
2 Tiene dificultades para mantenerse en silencio en actividades o juegos (incluido salón y PC).			1		
3 Parece no escuchar cuando se lo llama		1			
4 No sigue las instrucciones y abandona sus trabajos en trabajo escolar o labores			1		1
5 Tiene dificultad para organizar sus trabajos y actividades			1		
6 Está o ha abandonado algunas actividades que requieren de un nivel de esfuerzo mental.			1		1
7 Pierde los elementos necesarios para sus actividades (por ejemplo: juguetes, asignaciones escolares, lápices, cuadernos o libros).		1			
8 Se distrae por razones ajenas a su tarea					1
9 Es muy olvidadizo de sus actividades diarias.			1		
10 Tiene dificultad en mantenerse atento para escuchar propuestas o recibir instrucciones			1		

En principio, el perfil parece ser el apropiado para un niño con dificultades atencionales.

A continuación veremos como nos informa la maestra sobre el

mismo niño, en la parte de desatención. El promedio es 2.44 y el puntaje de corte para un informe llenado por los docentes es de 2.56.

Comportamiento a Ser Observado - Desatención - Docentes - Paciente Tomás					
	0	1	2	3	
1 No presta atención a los detalles/omite cosas por descuido en su trabajo escolar				1	
2 Tiene dificultades para mantenerse en silencio en actividades o juegos (incluido salón y PC).			1		
3 Parece no escuchar cuando se lo llama			1		
4 No sigue las instrucciones y abandona sus trabajos en trabajo escolar o labores			1		1
5 Tiene dificultad para organizar sus trabajos y actividades			1		
6 Está o ha abandonado algunas actividades que requieren de un nivel de esfuerzo mental.			1		1
7 Pierde los elementos necesarios para sus actividades (por ejemplo: juguetes, asignaciones escolares, lápices, cuadernos o libros).		1			
8 Se distrae por razones ajenas a su tarea					1
9 Es muy olvidadizo de sus actividades diarias.			1		
10 Tiene dificultad en mantenerse atento para escuchar propuestas o recibir instrucciones			1		

Como vemos está en el límite. No obstante 8 de los 9 indicadores están en la zona sensible. Aunque no sea 100% concluyente, es bastante sólida la pretensión de que el niño presenta problemas atencionales.

Los padres han informado lo siguiente en la parte de Hiperactividad e impulsividad. El elemento número 20 no se suma y el puntaje es 2.33, donde el puntaje de corte es de 1.44 para los padres.

Comportamiento a Ser Observado - Hiperactividad - Padres - Paciente Tomás					
	0	1	2	3	
11 Es inquieto con sus manos y pies cuando debe permanecer sentado				1	
12 No puede permanecer sentado en clase o en situaciones donde se espera que lo haga.				1	
13 Corre o trepa en forma excesiva en situaciones inapropiadas (en el recreo; en el aula; en situaciones de reposo; en situaciones de reposo; en situaciones de reposo).			1		
14 Tiene dificultad para jugar o involucrarse en actividades placenteras de manera calmada			1		
15 Está en actividad cuando debe estar quieto, impulsado por su motor			1		
16 Habla en forma excesiva.				1	
17 Desprende sus pies de la silla, removiéndola la plegable			1		
18 Tiene dificultad para dejarse de hacer			1		
19 Interrumpe las actividades de otros, o cuando otros están hablando			1		
20 Tiene dificultad en permanecer sentado, quieto, callado o en inhibir sus impulsos en el recreo o en el aula.				1	

Además de los 9 indicadores, 8 están en la zona sensible. Al parecer el comportamiento hiperactivo e impulsivo debería ser

considerado seriamente. A continuación los resultados que ha mostrado la maestra de grado.

Comportamiento a Ser Observado - Hiperactividad - Docentes - Paciente Tomás				
	0	1	2	3
11. Es inquieto con sus manos y pies cuando debe permanecer sentado				1
12. No puede permanecer quieto en el aula o en situaciones donde se espera que lo haga.				1
13. Corre o trepa en forma excesiva en situaciones inapropiadas (sin deberlo hacer: sacacorchos de la escuela, etc. de desarrollo)		1		
14. Tiene dificultad para jugar o involucrarse en actividades placenteras de manera calmada				1
15. Está en actividad constante como el motorista, impulsado por su motor			1	
16. Habla en forma excesiva.				1
17. Desprecia o se queja de lo que se le ha asignado la tarea				1
18. Tiene dificultades para seguir las reglas				1
19. Interrumpe las actividades de otros, o cuando otros están hablando				1
20. Tiene dificultad en permanecer sentado, quieto, callado o en inhibir sus impulsos en el hogar o en el aula.				1

El puntaje es de 2.66, siendo el de corte para maestros de 1.78. Por ende se corrobora la impresión de que el niño presenta problemas de hiperactividad e impulsividad tanto en el ámbito escolar como en el hogar.

La suma para el TDAH combinado de Padres es: 2.22 siendo el puntaje de corte 1.77

La suma para el TDAH combinado de Docentes es: 2.55 siendo el puntaje de corte de 2.

A continuación veremos los puntajes vinculados al Trastorno Negativista Desafiante. Los puntajes de los elementos 29 y 30 no se computan. El puntaje de corte para padres es de 1.38 para los docentes y de 1.88 para los padres.

Comportamiento a Ser Observado - TND - Padres - Paciente Tomás				
	0	1	2	3
21. Pierde la calma o la paciencia. Reacciona de conducta poco predecible			1	
22. Discute con adultos			1	
23. Desobedece reglas deliberadamente, se niega a obedecer o a seguir instrucciones de sus mayores		1		
24. Hace cosas en forma deliberada para fastidiar o molestar a otros	1			
25. Se hace la culpa o las demás de sus errores o desaciertos			1	
26. Es susceptible, se molesta con otros fácilmente		1		
27. El mundo se rinde y cede		1		
28. Es vengativo y报复ive	1			
29. Es pelear			1	
30. Es vengativo, desafiante, desobediencia o hostil hacia las personas de autoridad			1	

El puntaje es de 9 y por ende el coeficiente es de 1.125. Por otro lado, solo tres comportamientos están en la zona sensible. No pareciera un niño con TND, aunque seguramente los padres deberán mejorar su manera de disciplinarlo (elemento 22). Es

decir, actuar más y hablar menos. Podría ser apropiado evaluar como regula sus emociones (elemento 21) aunque la puntuación en el elemento 26 apunta a que no es un niño hipersensible e irritable.

Comportamiento a Ser Observado - TND - Docentes - Paciente Tomás				
	0	1	2	3
21. Pierde la calma o la paciencia. Reacciona de conducta poco predecible		1		
22. Discute con adultos		1		
23. Desobedece reglas deliberadamente, se niega a obedecer o a seguir instrucciones de sus mayores		1		
24. Hace cosas en forma deliberada para fastidiar o molestar a otros	1			
25. Se hace la culpa o las demás de sus errores o desaciertos			1	
26. Es susceptible, se molesta con otros fácilmente		1		
27. El mundo se rinde y cede		1		
28. Es vengativo y报复ive	1			
29. Es pelear		1		
30. Es vengativo, desafiante, desobediencia o hostil hacia las personas de autoridad	1			

La descripción que hace el docente da un puntaje de 0.875 y es aún más benigna que la de los padres. La hipótesis a ser chequeada es que el niño presenta más dificultades en el hogar que en la

escuela, lo que puede apoyar la idea de que hay un manejo inapropiado del niño. Veamos a continuación algunos elementos más de la escala. En primer lugar, la medición de los padres.

Comportamiento a Ser Observado - Otros - Padres		0	1	2	3
31	El niño se levanta de su lugar, exclamando o haciendo ruidos extraños con su boca				
32	Es excitable o impetuoso				
33	El niño se levanta de su lugar y se mueve				
34	El niño se levanta de su lugar				
35	Se levanta de su lugar				
36	Se levanta de su lugar y se mueve				
37	El niño se levanta de su lugar y se mueve				
38	Se levanta de su lugar y se mueve				
39	Se levanta de su lugar y se mueve				
40	Se levanta de su lugar y se mueve				

Veamos a continuación algunos elementos más de la escala. En primer lugar, la medición de los docentes. Podríamos asegurarnos que la respuesta 31 no implica un Tic vocal. En general muestra

dificultades de regulación que en ocasiones acompañan a los niños con TDAH y a los niños con Trastorno de Conducta.

Comportamiento a Ser Observado - Otros - Docentes		0	1	2	3
31	El niño se levanta de su lugar, exclamando o haciendo ruidos extraños con su boca				
32	Es excitable o impetuoso				
33	El niño se levanta de su lugar y se mueve				
34	El niño se levanta de su lugar				
35	Se levanta de su lugar				
36	Se levanta de su lugar y se mueve				
37	El niño se levanta de su lugar y se mueve				
38	Se levanta de su lugar y se mueve				
39	Se levanta de su lugar y se mueve				
40	Se levanta de su lugar y se mueve				

Definitivamente no parece sugerirse un trastorno de conducta. Sin embargo vemos que se frustra con facilidad (elemento 40), lo cual refuerza que tiene una moderada dificultad de regulación emocional.

Afortunadamente el puntaje de padres y docentes indicaría que estas dificultades no son centrales. Todo esto debería ser chequeado por entrevista.

En la siguiente planilla se deberían volcar todos los datos para una evaluación complementaria, obtener el coeficientes adicionales. Aquí no lo hacemos porque no es relevante para el

caso que mostramos, pero si ustedes hicieran la indagación, verían que el niño no tiene un significativo perfil agresivo.

El índice de Conners, le mostraría la manera en que se hubiese arribado al diagnóstico en la época anterior al DSM-IV.

El CBCL de Achenbach nos arrojó en este niño los siguientes resultados. Recuerde que aquí se trata de puntuaciones T, por ende, se han de considerar normales todos los puntajes T por debajo de 66, hay una de transición entre la 67 y la 70.

Los puntajes por encima de 70 se alejan ostensiblemente de lo normal.

CBCL - Evaluación a cargo de los padres			
FACTORES	PUNTUACIÓN DIRECTA	PUNTUACIÓN INVERSA	
I	Internalización	64	
II	Somatización	56	
III	Ansiedad / Depresión	65	
IV	Problemas Sociales	64	
V	Problemas del comportamiento	65	
VI	Problemas de atención	70	
VII	Comportamiento delictivo	54	
VIII	Comportamiento agresivo	50	

Observaciones: No hay comportamientos adicionales a considerar.

Indice de Inestabilidad	Indice de Inestabilidad	Indice de Inestabilidad
4	21	4
8	23	8
11	24	11
30	34	29
32	35	32
Total	Total	39
Med.	Med.	36
		37
		38
		39
		Total
		Med.

Como vemos aquí, los padres informan tan solo trastornos atencionales. La escala de Achenbach tiene un paradigma cercano al DSM-III-R, así es que estaría indicando un TDAH de tipología combinada.

Los demás indicadores descartan en términos generales trastornos de conducta, del humor y ansiedad. Se afianzaría la idea de que es un TDAH puro con dificultades de regulación de las emociones de forma leve y problemas de oposicionismo menores. Todo esto debería ser chequeado por entrevistas.

Los resultados que arrojaron los docentes fueron todavía menos patológicos. Por ende, la evaluación continuó centrándose en los proceso cognitivos y determinando si las dificultades académicas eran la consecuencia lógica del cuadro descrito o si podría haber alguna dificultad específica.

Dicho sea de paso que no se encontró ningún fundamento para diagnosticar un Trastorno Específico de Aprendizaje.

utilizarla como estudios de un solo caso puede ser muy útil. Veamos un ejemplo, utilizando el SNAP-IV de un niño de 8 años con TDAH antes de ser medicado (durante el proceso de evaluación) y luego de 30 días de estar recibiendo MPH 10mg en dos dosis diarias. Se trata de un protocolo llenado por la maestra a cargo del aula en el horario diurno. Para simplificar la cuestión, veremos los resultados obtenidos, solamente en la parte de atención, los números que figuran en las tres columnas de la derecha corresponden a la puntuación del elemento (por ej: 2 es igual a "con frecuencia").

Los datos pueden ser mirados de varias maneras. En primer lugar se pueden sumar los valores de los elementos 1 al 9 de la toma 1 y 2 y sacar los promedios. $1-22/9 = 2.44$ $2-14/9 = 1.55$

Obviamente el promedio 2.44 supera el puntaje de corte y obligaba a considerar el diagnóstico de TDAH. El promedio 1.55 no lo hace y por ende "podría" ser dado por "normal".

En segundo lugar se pueden contar cuántos síntomas de la toma 1 y 2 se encuentran en valores significativos (2 y 3). $1-8$ $2-5$

Comportamiento a Ser Observado - Descripción - Padres - Paciente Tomás			
1-2/medicación; 2-10mg de MPH; 3-con 5mg de MPH	1-1/m	2-10mg MPH	3-5mg MPH
1 No presta atención a los detalles/comete errores por descuido en su trabajo escolar	2	1	1
2 Tiene dificultades para mantener su atención en actividades o juegos	2	2	1
3 Parece no escuchar cuando se le habla	1	1	1
4 No sigue las instrucciones o abandona su trabajo escolar o deberes	3	2	1
5 Tiene dificultad para organizar sus trabajos o actividades	3	2	2
6 Olvida o le cuesta empezar actividades que requieren un sostenido esfuerzo mental	3	1	1
7 Pierde los elementos necesarios para sus actividades (por ejemplo: juguetes, materiales escolares, lápices, carpetas o libros)	2	2	2
8 Se distrae por motivos ajenos a su tarea	3	1	1
9 Es muy distraído de sus actividades escolares	3	2	1
10 Tiene dificultad en mantenerse alerta y en mantenerse alerta y activo en clase	3	1	1

4. El uso de las escalas en el proceso de titulación en especial referencia a la SNAP-IV

Existen una gran variedad de escalas para evaluar los síntomas del TDAH. El clínico debe seleccionar una escala, en especial si tuviese disponible con baremos por edad y sexo (hecho que no es posible en población hispana, salvo para la IDC-E y la IDC-Pre de la cual hay data hispana, pero no es fácil conseguirla fuera de Puerto Rico). Nuestra experiencia con la escala de Werry, Weiss y Peters y la SNAP-IV para

Nuevamente, la toma 1 tiene claros indicios de que el paciente presenta problemas atencionales pero la toma 2 ya no presenta indicios tan fuertes, aunque dista de ser un protocolo tranquilizante, pero que estadísticamente "sería normal". En tercer lugar se podría hacer un estudio estadístico más fino. A continuación lo presentaremos sobre la base del cómputo de los 10 indicadores.

La simple observación de que el coeficiente de correlación es muy bajo llevaría a la opinión que podrían ser protocolos provenientes de diferentes pacientes, lo cual confirma la hipótesis de que la intervención farmacológica es exitosa, al menos parcialmente.

La lectura atenta del protocolo de SNAP-IV sugiere lo siguiente: los elementos 2, 4 y 9 probablemente necesitarían un incremento de la dosis si pretendiera normalizarlos rápidamente. Si se tratara de normalizar los comportamientos involucrados en los elementos 5 y 7 no sería prudente aumentar la dosis, intervenciones psicosociales podrían dar cuenta fácilmente de estos problemas.

El clínico, antes de tomar la decisión final debería consultar a los padres, pero está claro que deberá evaluar la relación costo beneficio

Estudio estadístico de protocolos de SNAP-IV (Padres) de Víctor de 8 años		
Estadístico	Toma 1	Toma 2
Media	2.5	1.5
Varianza	0.5	0.2778
Desviación Estándar	0.7071	0.5270
Coeficiente de habilidad intr. de conf. 95%	-0.143	-0.000
Int. de conf. 95%	2.5 +/- 0.4161	1.5 +/- 0.4160
F	12.8571	
Numerador GL	1	
Denominador GL	10	
P	0.00021	
Error Estándar Estimado	0.7416	
Coeficiente de Correlación	0.20022	

de subir la dosis de MPH a 15mg. Técnicamente, estaría justificada, ya que todavía presenta 5 indicadores en niveles no aceptables, así es que sería apropiado tener al niño una semana con 15mg y pedir a la maestra que llene nuevamente el protocolo de de SNAP IV y volver a hacer el mismo estudio que aquí hemos propuesto para las tomas 1 y 2, con las 3, con especial énfasis entre la 2 y la 3. Para no agobiarlos con todos los datos les daré solamente el coeficiente de correlación:

1 y 3 $R^2 = 0$ 2 y 3 $R^2 = 0.25$

El coeficiente de correlación entre 1 y 3 tiende a cero, por ende, podrían tomarse como protocolos de niños diferentes, resulta claro que entre el niño sin medicación y con 15 mg hay un cambio altamente significativo.

El coeficiente de correlación entre la toma 2 y 3 sigue siendo de un nivel de significación bajo, lo cual demostraría que la respuesta terapéutica a 15mg es claramente mejor que a 10mg. No obstante, los elementos 5 y 7 siguen sin normalizarse, no parece lógico seguir subiendo la dosis sino recomendar intervenciones psicosociales, por ejemplo, el niño debería ser instruido en formas de organización y a la vez ser incentivado a modificar comportamientos vinculados con estos temas por medio de un programa específico.



Referencias Bibliográficas

- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. (1983) Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Barkley, R. A. & Gwyneth, E. "Diagnostic Interview, Behavior Rating Scales, and the Medical Examination" en Barkley, R. A. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 2nd Edition, pp. 263-293. Guilford Press, New York, 1998.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R. & Bauermeister J.J. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Un manual de Trabajo Clínico. Guilford Press, New York, 1998.
- Bauermeister, José J. Manual Inventario de Comportamiento Pre-escolar (IDC-PRE). Atención. Inc. Las Caobas, 1995.
- Bauermeister, José J. Desarrollo y utilización del Inventario de Comportamiento-Escuela (IDCE) en la evaluación de niños puertorriqueños. Atención. Inc. Las Caobas, 1994.
- Bravo, M., Woodbury-Farina, M. & Canino, G. "The Spanish translation and cultural adaptation of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.1.) in Puerto Rico". Cultural Medical Psychiatry, 1993, 17(3): 329-344.
- Conners, C. K. A teacher rating scale for use in drug study with children. American Journal of Psychiatry, 1969, (126): 884-888.
- Conners, C. K. & Blouin, A. G. "Hyperkinetic syndrome and Psychopathology children", paper presented at the American Psychological Association, 180, Montreal.
- Conners, C. K. "The Conners Continuous performance Test". MultiHealth Systems, North Tonawanda, New York, 1995.
- Farré, A. y Narbona, J. Índice de hiperquinesia y rendimiento escolar: validación del cuestionario de Conners en nuestro medio. Acta Pediátrica Española, 47, 103-109.
- Corkum, P. V. & Siegel, L. S. "Is the continuous performance task a valuable research tool for use with children with attention-deficit hyperactivity disorder?" Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1993, 34, 1217-1239.
- Farré, A. y Narbona, J. Escalas de Conners en el trastorno de atención e hiperquinesia: nuevo estudio factorial en niños españoles. Revista de Neurología, 25, 1997.
- Fisher, P. W., Shaffer, D., Piacentini, J. C., Lapkin, J., Kafantaris, V., Leonard, H. & Herzog, D. "Sensitivity of the Diagnostic Interview Schedule for Children, 2nd edition (DISC-2.1.) for specific diagnoses of children and adolescents". Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1993, 32(3): 666-673.
- Fisher, P. W., Lucas, C., Shaffer, D., Schwab-Stone, M., Dulcan, M., Graae, F., Lichtman, J., Willoughby, S. & Gerald, J. "Diagnostic Interview Schedule for Children, Version IV (DISC-IV) Test-retest reliability in a clinical sample". Poster presentation at the 44th annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997, Toronto, Canadá.
- García Pérez, E. M. & Magaz Lago, A. EMTDAH. Cohs. Consultores en Ciencias Humanas, Bilbao, 2000 a.
- García Pérez, E. M. & Magaz Lago, A. EACP. Cohs. Consultores en Ciencias Humanas, Bilbao, 2000b.
- García Pérez, E. M. I.E.G. Instrumentos Generales de Evaluación. Grupo Albor Cohs, Bilbao, 2001.
- Halperin, J. M., Matier, K., Bedi, G., Sharma, V. & Newcorn, J. H. "Specificity of inattention, impulsivity and hyperactivity to the diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder in boys: A for-year longitudinal study". Journal of Abnormal Child Psychology, 1992, 23: 729-749.
- Loney, J. & Milich, R. "Hyperactivity Inattention and aggression in clinical practice" Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics, 1982, 3: 113-147.
- Manga, D., Fournier, C. y Navarredonda, A. B. (1995) Trastorno por Déficit de Atención en la Infancia. En Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, F. (Eds.), Manual de Psicopatología (vol. 2, pp. 695-718). Madrid, McGraw-Hill.
- Mc Murray, M. & Barkley, R.A. "The hyperactive child" En David, R. B. (Ed.) "Child and adolescent neurology" 2nd Edition, pp. 561-571. Mosby, Saint Louis, 1997.
- Servera Barceló, M. & Llabrés Bordoy, J. EMIC Escala Magallanes de Impulsividad Computarizadas. Cohs, Bilbao, 2000.
- Shaywitz, B. & Shaywitz, S. "Diagnosis and management of attention deficit disorder: A pediatric perspective". Pediatric Clinic of North America, 1984, 31, 429-457.
- Trites, R. L. y colaboradores (1980) citado en Trites, R. L., Blouin, A. y Laprade, K. "Factor Analysis of the Conners Teachers Rating Scale based on a large normative sample". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1982, 50: 615-623.

Un importante Curso sobre el Trastorno de mayor demanda en las consultas y el que más desconcierto produce en los centros escolares



Fundación VERBUM
Para el lenguaje y la Comunicación



Universidad de Santiago de Compostela



Instituto de Ciencias de la Educación



Instituto del Lenguaje y la Comunicación



Universidad de ALCALÁ



Los participantes de esta actividad de formación inter-universitaria, recibirán un Diploma de certificación expedido por la Universidad de Alcalá, la Universidad de Santiago de Compostela y la Fundación Verbum

Informas: e-mail: central@tdah.org.ar o telefónicamente al (84-11) 4883-1515

Escala de Autoidentificación de TDAH (ASASU 1.1)

Lic. Ruben O. Scandar¹



La escala ASRSV1 es un instrumento que ahora está disponible a través de la Organización Mundial de la Salud (WHO), es útil para el screening y consiste en dos subescalas de un total de 18 elementos. La misma está diseñada para identificar casos probables de TDAH en adultos y ha sido desarrollada por el grupo de trabajo formado por Lenard Adler, MD, de la New York University Medical Center, Ron Kessler, PhD, de Harvard Medical School y Thomas Spencer, MD, de Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital.

Los síntomas son evaluados sobre una frecuencia de: 0 a 4 como se indica en la planilla que sigue a la nota. La escala ASRSV1.1 es una modificación de la ADHD-RS con el único fin de hacer más apropiado el interrogatorio a un adulto. Por ejemplo, en vez de preguntar "¿dificultad para esperar?" se pregunta: "¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes de hacerlo?" Otra diferencia con la ADHD-RS es que algunas preguntas implican dos síntomas en un mismo elemento, aquí se han separado. Por ejemplo: "falla en prestar atención a los detalles, cometiendo errores por descuido" Aquí ha dado lugar a elementos diferentes.

Nueve elementos de la escala evalúan inatención y nueve hiperactividad e impulsividad. La escala ha sido validada en una

encuesta nacional de comorbilidades en los EE. UU. (Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. JAMA. 1998;279:1100-1107).

En principio se puede dar al paciente la Parte A, si el paciente marca al menos cuatro elementos en la parte en gris, resulta conveniente que llene la Parte B para obtener información adicional, ya que pacientes adultos con cuatro elementos en la zona gris de la Parte A tienen altas posibilidades de favorecerse con el diagnóstico de TDAH. Preste particular atención a los elementos que son respondidos en la parte en gris. No se realiza un cómputo numérico estricto, pero la investigación ha demostrado que los seis elementos utilizados en la parte A son los que tienen mejor capacidad de predicción.

La escala se completa en pocos minutos, generalmente los pacientes no piden demasiadas aclaraciones y la experiencia personal, es que también muy útil para ser llenadas por los padres de los niños en la sala de espera. Reiteramos que se trata de una escala de screening y no de diagnóstico.

Escala de Autoidentificación de TDAH (ASRSV1.1)

Nunca (0) - Rara vez (1) - Algunas veces (2) - Con frecuencia (3) - Muy frecuentemente (4)

Sección I	0	1	2	3	4
1. ¿Con cuánta frecuencia tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?					
2. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?					
3. ¿Con cuánta frecuencia tienes problemas para recordar fechas de trabajo u otras obligaciones?					
4. ¿Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, con cuánta frecuencia oírías o raras veces empezarla?					
5. ¿Con cuánta frecuencia mimes o retrasas tus reacciones o pides cuando estás sometido por mucho tiempo?					
6. ¿Con cuánta frecuencia te sientes sobre-activo o impulsado a hacer cosas, como si tu motor no estuviera?					
TOTAL SECCIÓN I:					

Sección II	0	1	2	3	4
7. ¿Con cuánta frecuencia cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?					
8. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?					
9. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aún cuando están hablando contigo directamente?					
10. ¿Con cuánta frecuencia pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?					
11. ¿Con cuánta frecuencia te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?					
12. ¿Con cuánta frecuencia te pases de tu asiento en juntas o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?					
13. ¿Con cuánta frecuencia te sientes inquieto o nervioso?					
14. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?					
15. ¿Con cuánta frecuencia sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?					
16. ¿Cuando estás en una conversación, con cuánta frecuencia te desvías terminando las oraciones de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?					
17. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes de hacerlo?					
18. ¿Con cuánta frecuencia interrumpes a otros cuando están ocupados?					
TOTAL SECCIÓN II:					

El Screening de Problemas Psicosociales Pediatric Symptom Checklist

Lic. Ruben O. Scandar¹

La siguiente es una revisión de la traducción hispana de PSC (Pediatric Symptom Checklist) que habitualmente se utiliza en el Massachussets General Hospital como "screening" de problemas psicosociales en la población que asiste al servicio de pediatría.

La revisión obedece a que algunos elementos de la traducción hispana de uso en los EE.UU. producía confusiones sistemáticas en el grupo de padres y niños con los que se las probó. Por ejemplo, el elemento 8 decía "está muy en sonador" en vez de ensoñador y respetando el original inglés traducimos por: "Es muy soñador/a. con frecuencia parece soñar despierto".

El Dr. Michael Jellinek en su artículo sobre la PSC afirma que el médico pediatra suele estar entre los primeros y más cercanos recursos con que cuentan las familias con niños que presentan problemas de comportamiento y/o emocionales. Los pediatras, en cuanto a los problemas mencionados, tienen un rol de "gatekeeping" en identificar, manejar y referir al profesional apropiado. Por tanto, enfatiza que necesitan contar con un instrumento de las características de este Checklist.

Las estadísticas en los EE.UU. determinan que entre el 12% y el 25% de la población norteamericana en escuelas primarias y el 13% de los niños en edad preescolar tienen un problema emocional o de comportamiento. Los porcentajes referidos no pueden ser extrapolados con facilidad a otros países o culturas, ya que son muy sensibles a una serie de factores. Por ejemplo, aún en la población norteamericana varían mucho por grupo étnico, región, composición de la familia (nuclear, ampliada o residual). El Dr. Michael Jellinek ha señalado que pese a que la población pediátrica ha ido incrementando sus factores de riesgo de desarrollar problemas emocionales y de comportamiento, los pediatras norteamericanos no reciben apropiado entrenamiento en cuanto a los mismos, vacilan en demasía en intervenir por miedo a rotular a los pacientes, que no tienen tiempo suficiente durante las conductas para responder a las necesidades psicosociales de sus pacientes y que tienen inapropiados recursos de derivación.

La PSC es un cuestionario que aborda amplias áreas de problemas emocionales y de comportamiento y que permite una evaluación de las opiniones y preocupaciones de los padres. La escala ha demostrado tener un buen nivel de acuerdo con Clinicians' Global Assessment Scale (CGAS). El acuerdo es del 79% para niños de clase media y del 92% para niños clases bajas. La sensibilidad de la prueba ha sido medida en 95% y 88% y la especificidad en un 68% y un 100% para los referidos grupos sociales.

Estudios que se han llevado a cabo con la PSC en los Estados Unidos han determinado Prevalencia posibles de problemas psicosociales en el 12% de los niños de clase media, dato que resulta comparable con la estimación de problemas psicosociales en población general que se hacen a nivel nacional en los EE.UU.

La idea que la PSC debería ser un instrumento de uso normal en la consulta pediátrica ya es recomendada oficialmente en Arizona y Massachussets.

Este checklist ha sido diseñado para ser administrado en la sala

de espera de la consulta y ser cuantificado por una recepcionista o enfermera. Un score positivo refleja una alta probabilidad de que el niño tenga alguna disfunción psicosocial. No es un instrumento diagnóstico, aunque algunas de las respuestas sugieren manifestamente en una dirección diagnóstica específica.

En el uso habitual, se recomienda al pediatra que si existe un puntaje positivo, realice un interrogatorio dirigido hacia las principales áreas de funcionamiento psicológico y social (escuela, familia, actividad, amistades y estado del ánimo). En función de este interrogatorio, el profesional podrá decidir el curso más apropiado de acción.

Es sabido que los docentes en general informan mejor que los padres (hay excepciones, por ejemplo, en los trastornos de ansiedad aún en niños pequeños o en los trastornos del humor del adolescente).

ADMINISTRACIÓN Y PUNTUACIÓN

El checklist tiene tres posibles respuestas:

0 = No es correcto hasta donde yo conozco;

1 = es correcta algunas veces;

2 = muy correcta o a menudo correcta.

Niños de 6 a 16 años de edad, puntajes de 28 o más deben ser tomados como indicativos de desajuste psicosocial significativo.

Niños de 2 a 5 años, se deben ignorar los puntajes de los elementos 6, 7, 14 y 15 y el puntaje se realiza sobre los 31 elementos restantes; siendo el puntaje de corte 24.

Referencias Bibliográficas

- Jellinek MS, Murphy JM, Burns BJ. Brief psychosocial screening in outpatient pediatric practice. J Pediatr. 1986;109:371-378.
- Jellinek MS, Murphy JM, Pagano ME, Comer D, Kelleher K. Use of the Pediatric Symptom Checklist (PSC) to Screen for Psychological Problems in Pediatric Primary Care: A National Feasibility Study. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 1999; 153:254-260.
- Jellinek MS. Approach to the behavior problems of children and adolescents. IN: The MGH Guide to Psychiatry in Primary Care. TA Stern, JB Herman, PL Slavin (Eds.). New York: McGraw-Hill. 1998. pp. 437-442.
- Kelleher KJ, Wolraich ML. Diagnosing psychosocial problems. Pediatrics. 1996; 97:899-901.
- Lavigne JV, Binns HJ, Christoffel KK, et al. Behavioral and emotional problems among preschool children in pediatric primary care: Prevalence and pediatricians' recognition. Pediatrics. 1993;91:649-657.
- Little M, Murphy JM, Jellinek MS, et al. 1994. Screening 4- and 5-year-old children for psychosocial dysfunction: A preliminary study with the Pediatric Symptom Checklist. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics 15:191-197.
- Murphy JM, Ichinose C, Hicks RC, Kingdon D, Crist-Whitzel J, Jordan P, Feldman G, Jellinek MS. Utility of the Pediatric Symptom Checklist as a psychosocial screen in EPSDT. J Pediatrics. 1996;129:864-869.
- Pagano M, Murphy JM, Pedersen M, et al. 1996. Screening for psychosocial problems in 4-5 year olds during routine EPSDT examinations: Validity and reliability in a Mexican-American sample. Clinical Pediatrics 35(3):139-146.
- Sturmer RA. Parent questionnaires: basic office equipment? J Dev Behav Pediatr. 1991;12:51-54.
- Wissow LS, Roter DL, Wilson MEH. Pediatrician interview style and disclosure of psychosocial issues. Pediatrics. 1994; 93(3):289-295.

PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST

M.S. Jellinek and J.M. Murphy, Massachusetts General Hospital

La salud física y emocional es importante para cada niño. Los padres son los primeros que notan un problema emocional o de aprendizaje. Usted puede ayudar a su hijo a obtener el mejor atención del doctor/a contestando estas preguntas.

Por favor, indique cual ítem describe a su niño/a, haciendo un círculo sobre el número en la línea que corresponde: 0a es correcta: 0; Algunas veces es correcta: 1; Es correcta, a menudo o muy frecuentemente lo es =2.

COMPORTAMIENTO O SÍMPTOMA	0a ES CORRECTA	ALGUNAS VECES	A MUY FRECUENTE
1. Se queja de dolores y molestias	0	1	2
2. Pasa mucho tiempo solo/a	0	1	2
3. Se cansa fácilmente, tiene poca energía	0	1	2
4. Intrascapula/a, incapaz de estar quieto/a	0	1	2
5. Tiene problemas con sus maestros	0	1	2
6. Está menos interesado/a en la escuela que otros niños/as	0	1	2
7. Es incapaz de. Parece inquietado/a por su meter	0	1	2
8. Es muy asustado/a, con frecuencia parece estar despierto	0	1	2
9. Se distrae fácilmente	0	1	2
10. Temeroso/a a nuevas situaciones	0	1	2
11. Se siente triste, infeliz	0	1	2
12. Es irritable, se enoja con facilidad	0	1	2
13. Se siente sin esperanzas	0	1	2
14. Tiene problemas para concentrarse	0	1	2
15. Está menos interesado/a en sus amigos/as que otros niños/as	0	1	2
16. Pelea con otros niños/as	0	1	2
17. Faltas a la escuela	0	1	2
18. No consigue sus calificaciones	0	1	2
19. Se critica a sí mismo/a. Se enoja consigo mismo/a	0	1	2
20. Piensa al doctor sin que lo sepan nada mal	0	1	2
21. Tiene problemas para dormir	0	1	2
22. Se preocupa mucho	0	1	2
23. Prefiere estar con la madre/padre más que con los	0	1	2
24. Cree que él/ella es malo/a	0	1	2
25. Tiene riesgos innecesarios	0	1	2
26. Se lastima frecuentemente	0	1	2
27. Parece disperso/a menos	0	1	2
28. Actúa como un/a niño/a de menor edad	0	1	2
29. No obedece las reglas	0	1	2
30. No demuestra sus sentimientos	0	1	2
31. No comprende los sentimientos de otros	0	1	2
32. Molesta o se burla de otros	0	1	2
33. Culpa a otros por sus problemas	0	1	2
34. Toma cosas que no le pertenecen	0	1	2
35. Se niega a compartir sus cosas	0	1	2

¿Recuerda su niño/a alguna vez problemas de comportamiento o emocionales? ¿Existe algún síntoma o alteración que usted quisiera recibir por estos problemas?

___ Si ___ No

PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST - YOUTH REPORT (Y-PSC)

K.S. Jellinek and J.M. Murphy, Massachusetts General Hospital

La salud física y emocional están íntimamente ligadas. Tú puedes ayudar a tu médico a obtener el mejor resultado posible, contestando unas pocas preguntas acerca tuyo. La información que nos proporciones es parte de la consulta de hoy.

Por favor, señala qué frase te describe mejor haciendo un círculo sobre el número en la fila que corresponde. No es correcto 1; algunas veces es correcto 1; Es correcta, a menudo o muy frecuentemente lo es = 2.

COMPORTAMIENTO O SENTIMIENTO	NO ES CORRECTO	ALGUNAS VECES	A SÍ FRECUENTE
1. Te quejas de dolores y malestares	0	1	2
2. Pases mucho tiempo solo/a	0	1	2
3. Te cansas fácilmente, tienes poca energía	0	1	2
4. Eres inseguro/a	0	1	2
5. Tienes problemas con tu/s maestro/s	0	1	2
6. Eres menos interesado en la escuela que otros niños/as	0	1	2
7. Eres inseguro	0	1	2
8. Eres muy solitario/a, parece salir despedido/a	0	1	2
9. Te distraes fácilmente	0	1	2
10. Temes a nuevas situaciones	0	1	2
11. Te dañas triste, inseguro	0	1	2
12. Eres irritable, te enojas con facilidad	0	1	2
13. Te sientes sin esperanzas, estás desanimado	0	1	2
14. Tienes problemas para concentrarte	0	1	2
15. Eres menos interesado/a en tus amigos/as	0	1	2
16. Peleas con otros niños(as)	0	1	2
17. Falta a la escuela a menudo	0	1	2
18. Eres bajando tus calificaciones	0	1	2
19. Te criticas a ti mismo/a; te enojas contigo mismo	0	1	2
20. Alas al doctor y no te encuentras nada mal	0	1	2
21. Tienes problemas para dormir	0	1	2
22. Te preocupas mucho	0	1	2
23. Estruendo a tus padres más que otros	0	1	2
24. Crees que eres malo/a	0	1	2
25. Te pones en peligro sin necesidad	0	1	2
26. Te lastimas fácilmente	0	1	2
27. Parece divertirse menos	0	1	2
28. Actúas como un niño/a de menor edad	0	1	2
29. No obedeces reglas	0	1	2
30. No demuestras tus sentimientos	0	1	2
31. No comprendes los sentimientos de los demás	0	1	2
32. Peleas con otros niños	0	1	2
33. Culpas a otros de tus problemas	0	1	2
34. Tienes cosas que no te pertenecen	0	1	2
35. Te resistes a compartir tus cosas	0	1	2
Total	0	1	2

(¿Algunas veces estás ayuda con problemas de comportamiento, emocionales o aprendizaje?)

___ SI ___ NO



Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD) del Adulto

Alicia Lischinsky, Teresa Torralva, Fernando Torrente, Facundo Manes

Neurobiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés) es una condición clínicamente heterogénea que presenta desatención, hiperactividad e impulsividad. En 1902, George Still describió a los hiperactivos como apasionados, cambiantes y sin control inhibitorio. Ya en ese momento Still se preguntó: "¿cuál será la enfermedad?, ¿cuál será su causa?".

No ha sido identificada una etiología única para el ADHD y los hallazgos son consistentes con una hipótesis multifactorial. Como otros trastornos neuropsiquiátricos, se cree que el ADHD es causado por una compleja combinación de factores ambientales, genéticos y biológicos. La investigación sobre las bases neurobiológicas del ADHD en adultos ha tenido un impacto substancial en establecer la validez de este desorden. Aunque existe aún cierta controversia, creemos que los actuales datos neurobiológicos son contundentes. Las áreas de estudio que han ayudado a dilucidar la neurobiología de esta condición son cuatro:

- Los factores de riesgo prenatales y perinatales.
- El componente genético.
- Las neuroimágenes (tanto estructurales como funcionales).
- La neuropsicología (que ha sugerido una disfunción de las funciones ejecutivas).

Factores de riesgo prenatales y perinatales.

Dentro de los factores de riesgo pre y perinatales, la exposición al tabaco y alcohol durante el embarazo, así como el bajo peso al nacer y la injuria cerebral dentro del útero (por ejemplo, un traumatismo cerebral intraútero), están relacionados etiológicamente con el ADHD. Las investigaciones sobre el estado socioeconómico, la edad de la madre en el momento del nacimiento y el coeficiente intelectual (IQ) de los padres revelan que estos factores no se asocian con un riesgo ni con un factor de protección para el desarrollo del ADHD.

Genética

Han habido estudios de familias, mellizos, niños adoptados, análisis de segregación y de genética molecular que mostraron que el ADHD posee un componente genético substancial. En genética, una heredabilidad 0 (cero) significa que no hay un "input" genético, mientras que una de 1 significa que el trastorno está determinado por los genes. Los estudios de genética familiar han demostrado que la heredabilidad del ADHD es de 0.75 (o sea, el 75% de probabilidades de que la etiología sea genética), siendo este un valor mayor que el de cualquier otra enfermedad neuropsiquiátrica, como por ejemplo ansiedad o depresión. A

pesar de que los resultados son todavía tentativos, los estudios de genética molecular sugieren que 3 genes serían los responsables de incrementar la susceptibilidad para el ADHD: el gen del receptor de dopamina D4, el gen transportador de dopamina y el gen receptor de dopamina D2. Los estudios genéticos se han enfocado en estos genes candidatos que participan en la transmisión dopaminérgica debido a 3 razones:

- Las drogas que intervienen en la modulación dopaminérgica son eficaces en este trastorno.
- Diversos estudios han demostrado que los circuitos frontoestriados dopaminérgicos están implicados en el ADHD.
- Los ratones sin el transportador de dopamina tienen un comportamiento hiperactivo y no responden a las anfetaminas.

Como conclusión se puede afirmar que existe una fuerte evidencia que sugiere un papel genético en la etiología de este desorden. Aunque el modo exacto de transmisión aún es desconocido, probablemente el ADHD sea un trastorno poligénico con varios genes de pequeños efectos determinando la vulnerabilidad para esta condición. La búsqueda de endofenotipos específicos para subgrupos de pacientes es una línea de investigación futura muy interesante.

Neuroimágenes

Las investigaciones con Resonancia Magnética (RM) estructural han evaluado distintas regiones cerebrales. Se tomaron imágenes de RM en pacientes con ADHD y se realizaron mediciones de estructuras determinadas, comparándolas con sujetos normales apareados por edad, educación y sexo.

Estos estudios neuroanatómicos encontraron varias diferencias entre los pacientes y los controles normales:

- Reducción del volumen cerebral de 3% (controversial).
- Disminución del volumen de varias áreas.
- Lóbulo frontal derecho
- cuerpo calloso
- cabeza del caudado
- globo pálido
- putamen
- cerebelo
- Déficit en la sustancia blanca en el hemisferio derecho.

A través de estudios por imágenes se ha encontrado una disminución en el área estriada izquierda, un cuerpo calloso posterior más pequeño, una menor área estriada derecha y una disminución del volumen cerebeloso.

En la corteza cerebral se encontró una disminución en los volúmenes en la sustancia blanca del hemisferio derecho, lo cual se correlaciona con una disminución en la función ejecutiva. En el cerebelo, el vermis es más pequeño; y en los niños los lóbulos cerebelosos también estarían afectados y tendrían menor volumen. Macroscópicamente la forma del cuerpo calloso no tendría diferencias; sin embargo, el esplenio (la región posterior que une las áreas parietales y occipitales) es más pequeño. Esto resulta en una menor cantidad de fibras que cruzan entre los hemisferios en la región posterior. El núcleo caudado ha sido objeto de investigación por muchos años.

Normalmente, el núcleo caudado izquierdo es mayor que el

derecho. En los pacientes con ADHD habría una inversión de la asimetría, siendo el derecho más grande que el izquierdo. La cabeza del caudado izquierdo sería más pequeña. Previamente no se informaron diferencias estructurales en el putamen. Sin embargo, parecería haber una inversión de la simetría en algunos niños con ADHD. En niños (varones) con ADHD también se ha visto un menor tamaño del globo pálido derecho, no así en las niñas.

Los estudios de neuroimágenes funcionales pudieron determinar en el ADHD una disminución de la actividad en la corteza prefrontal; se demostró también una disminución en el metabolismo de la glucosa en la corteza prefrontal, una disminución de la actividad de la corteza prefrontal y parietal izquierda, una disminución de los rangos del metabolismo de la glucosa en el área parietal y en el putamen anterior, una disminución en la actividad corteza prefrontal dorsolateral izquierda y un aumento en la corteza prefrontal dorsolateral derecha, un aumento del caudado y actividad en el lóbulo frontal después del uso metilfenidato.

Básicamente se ha demostrado una disminución en el flujo de sangre en el putamen; no se hallaron diferencias en el flujo del tálamo y del caudado (si bien se vio una tendencia no significativa en el caudado derecho). El metilfenidato altera significativamente el flujo en el putamen y refuerza la memoria de trabajo o working memory actuando a nivel frontal y parietal. Algunos investigadores sostienen que los síntomas del ADHD estarían relacionados con anomalías funcionales en el putamen.

Debido los estudios de imágenes funcionales ha surgido una nueva idea sobre que el putamen es importante en el ADHD. En un trabajo que realizamos en colaboración con la Universidad de San Diego y con grupos de la Universidad de Iowa y de la Universidad de Texas, comparamos los síntomas de déficit de atención en niños que presentaron un accidente cerebral vascular con los de niños que fueron operados con cirugía ortopédica.

Ninguno de los dos grupos tenía ADHD antes de la enfermedad, pero los niños que presentaron ACV y no tenían síntomas de hiperactividad desarrollaron muchos más síntomas de ADHD después del ACV. Esta asociación también se relacionó con cambios cognitivos. Lo importante de este trabajo fue demostrar que una lesión cerebral puede aumentar los signos de ADHD. Luego encontramos una asociación entre una lesión en el putamen y la aparición de síntomas de ADHD. De 25 niños con ACV, 15 presentaron síntomas de ADHD. Siete de los 25 tenían lesiones en el putamen ventral posterior, y 6 de este grupo presentaban síntomas de ADHD.

Como conclusión de la neuroanatomía del ADHD se puede resumir que existe una disfunción en los ganglios basales y en la corteza prefrontal. El circuito fronto-estriado estaría afectado tanto funcional como estructuralmente.

Funciones ejecutivas

El patrón de los déficits en las funciones ejecutivas encontrados en sujetos con ADHD es similar al de los adultos con daño del lóbulo frontal, lo cual sugiere que la corteza frontal, el circuito frontoestriado o las regiones que proyectan a la corteza frontal serían disfuncionales en sujetos con ADHD. Se propuso un modelo de disfunción ejecutiva localizado en la corteza prefrontal que explicaría los déficits cognitivos y conductuales

asociados con ADHD. Este modelo comprende 5 funciones ejecutivas que permiten a los individuos reconocer y controlar sus acciones para alcanzar un objetivo: a) inhibición de la respuesta, b) memoria de trabajo no verbal, c) memoria de trabajo verbal, d) autorregulación de las emociones, y e) motivación. De estas 5 funciones ejecutivas la inhibición de la respuesta es la más afectada en individuos con ADHD y que este déficit conduce a los déficits observados en las habilidades sociales y psicológicas asociadas con las otras 4 funciones ejecutivas. Los tests que han sido hallados anormales en la evaluación de pacientes con ADHD son: el Wisconsin Card Sorting Test, el Stroop, la Torre de Londres, la Torre de Hanoi, "n-back" memoria de trabajo, y el Go-No-Go. En un estudio reciente, se encontraron diferencias en la función del cíngulo anterior en cerebros de pacientes con ADHD y controles sin ADHD. Adultos sin medicación realizaban una variante del Stroop que mide inhibición de la respuesta. Los adultos con ADHD demoraban más tiempo en realizar la prueba. Ambos grupos también activaron diferentes áreas cerebrales para completar la prueba. En los sujetos normales se activo el cíngulo anterior; no así en el ADHD en los que se observó una activación del sistema fronto-estriado-insular-talámico. El cíngulo tendría importancia en la atención sostenida, y los pacientes con ADHD tendrían alterada esta función. Sin embargo, muchas veces no se observan anomalías en el Wisconsin, el Stroop o en la memoria de trabajo en la evaluación neuropsicológica de los adultos con ADHD. Recientemente se utilizamos nuevos métodos de evaluación más ecológicos de las funciones ejecutivas que podrían detectar los problemas de la vida cotidiana de estos pacientes (Torralva y col. 2005). Estos tests ecológicos incluyen el El Iowa Gambling Task, el test del Hotel, en el que se pone al paciente a realizar tareas de la vida diaria como si fuera el conserje de un hotel, o tests en los que se deben realizar tareas complejas de la vida diaria y evalúan fallas de interpretación, ruptura de las reglas y fallas en las tareas.

Conclusiones

Diversos estudios neuropsicológicos, de neuroimágenes y de neurotransmisores en ADHD, sugieren claramente una base neurobiológica; sin embargo, la etiología exacta de este trastorno todavía es incierta. Los hallazgos de diferentes ramas de investigación son consistentes con una hipótesis multifactorial (factores ambientales, genéticos y biológicos). El circuito frontoestriado está afectado, tanto funcional como estructuralmente. Las pruebas cognitivas ecológicas serían más sensibles para detectar la disfunción ejecutiva en los adultos con ADHD.

Neuropsicología del ADHD en el adulto

Aunque la mayoría de los conocimientos sobre el Trastorno de Atención con Hiperactividad (ADHD) provienen de observaciones clínicas e investigaciones en niños, la comprensión de este síndrome en adultos está creciendo rápidamente. Se sabe que tanto los niños como los adultos con ADHD comparten características clínicas similares, similares comorbilidades, presentan dificultades en las mismas áreas (académicas / laborales) y probablemente compartan ciertas anomalías cerebrales.

Los estudios más recientes revelan que los déficits neuropsicológicos en adultos con ADHD son consistentes con aquellos descritos en niños. No hay consenso en la construcción de un perfil neuropsicológico específico del adulto con ADHD, sin embargo los diversos estudios de investigación realizados hasta la fecha, han demostrado consistentemente disfunción en determinados dominios cognitivos como los descritos a continuación.

1) Atención: Junto con la inhibición, la atención es uno de los dominios neuropsicológicos más relacionado con el ADHD. Por más de 20 años las conceptualizaciones del ADHD han incluido los síntomas atencionales. Estudios recientes relacionados con la sintomatología del ADHD en el adulto sugieren que mientras que los síntomas de hiperactividad e impulsividad pueden disminuir con la edad, los síntomas de atención se mantienen estables durante toda la vida, enfatizando la importancia y centralidad de estos síntomas en este trastorno (Biederman, Mick & Faraone, 2000). El CPT (Continuous Performance Test), es un método experimental que puede ser ampliamente modificado para evaluar los diferentes componentes de la atención sostenida. Como muchos otros tests neuropsicológicos, el CPT produce múltiples variables dependientes, reflejando los distintos componentes de las operaciones mentales (ej. Tiempo de reacción, errores de omisión, y falsas alarmas). Las diferentes versiones del CPT (en especial los errores por omisión) han demostrado un alto nivel de discriminación (78%) entre adultos con ADHD y controles normales. Algunas otras pruebas tales como el PASAT (Paced Auditory Serial-Addition Task) también ha demostrado ser útil en determinar déficit atencional.

Las distracciones en la atención son especialmente relevantes en pacientes con ADHD ya que son parte de los criterios diagnósticos y una de las quejas más frecuentes de los pacientes adultos con ADHD. Una prueba que mide distractibilidad es el Stroop task, generalmente considerado un test de inhibición (al menos en la condición de conflicto entre palabra y color) y que ha demostrado tener un poder de discriminación muy significativo (73%). Otras pruebas que han resultado útiles en este sentido, son: las pruebas de cancelación de letras, de discriminación auditiva y de alternancia entre sets.

2) Inhibición: la inhibición juega un rol crítico en el ADHD. Trabajos de Barkley (1997), entre otros, han ligado la habilidad para inhibir respuestas como una de las capacidades descendidas en los niños con ADHD. Muchas medidas de inhibición motora han sido utilizadas con cierto éxito para identificar déficit en niños y adultos con ADHD. Algunas de ellas son: el CPT errores por comisión, el MFFT (Matching Familiar Figures Test) y el Stop Signal Test. Siendo este último, uno de los que mayor poder de discriminación ha tenido. En conclusión, el patrón de los hallazgos de las diferentes investigaciones ha demostrado que la inhibición está particularmente afectada en este trastorno cuando una respuesta conductual preponderante está establecida.

3) Otros tests de Funciones Ejecutivas: Más allá de los dominios de atención e inhibición, un número de tests que evalúan otras funciones ejecutivas han sido utilizados para evaluar adultos con ADHD. Una de las pruebas más reconocidas de funciones ejecutivas que ha sido utilizada frecuentemente en

adultos con ADHD es: el Trail Making Test, en sus dos versiones. El Trails A esencialmente mide una combinación de scanning visual y velocidad perceptivo-motora y el Trails B agrega un componente ejecutivo: alternancia de categorías (shifting set). El Trails B es ligeramente mas sensible a los déficits asociados al ADHD que el Trails A, pero el hecho que la versión B tiene una sensibilidad ligeramente superior a la versión A sugiere que la velocidad de procesamiento en si misma es una parte importante del déficit. La fluencia verbal es otra de las medidas conocidas de funciones ejecutivas. El Controlled Word Association Test (COWAT) mide tanto la fluencia verbal fonológica como la semántica. Este test combina el rápido acceso al lexicon, la persistencia y la velocidad de procesamiento de información. El 87% de los estudios demostraron que los adultos con ADHD manifiestan déficit en este test.

Otras medidas ejecutivas como el TMT-B de la batería de Halstead-Reitan, la torre de Hanoi y mediciones de memoria de la figura compleja de Rey fueron utilizadas para discriminar adultos con ADHD. Todas estas pruebas requieren que el sujeto realice una serie de actividades motoras complejas, no verbales, para completar la tarea. Además requieren planificación y de alternancia entre sets. Los adultos con ADHD tienen una peor performance en estas pruebas que sus controles normales.

La literatura neuropsicológica general considera al Wisconsin Card Sorting Test (WCST) como una de las mediciones centrales de las funciones ejecutivas. El primer factor del WCST, la perseveración es una medición clásica de la actividad cortical dorsolateral prefrontal. Sin embargo, una revisión de la literatura en ADHD permite corroborar que este test arrojó un solo resultado positivo en la discriminación entre adultos con ADHD y sus controles. Dado que el WCST discrimina razonablemente bien a los niños con ADHD, dos posibilidades pueden ser consideradas para explicar esta diferencia en la sensibilidad. Los resultados encontrados en adultos podrían deberse a que el test es demasiado simple para los adultos y por lo tanto tiene un efecto de techo o que los adultos con ADHD mejoran en este test en relación a los controles a medida que van creciendo (Hervey A. 2004).

4) Memoria: Numerosas investigaciones teóricas y empíricas sugieren que hay una serie de factores que conllevarían a que los niños con ADHD presenten déficit de memoria, tales como dificultades en la atención, en el procesamiento de la memoria, posiblemente involucrando la selección de estrategias basadas en el déficit ejecutivo. Probablemente, estos mismos factores jueguen un rol en el desempeño en las pruebas de memoria en adultos con ADHD. Mas allá de la amplia variedad de tests utilizados para medir esta función en diversas investigaciones (WAIS, California Verbal Learning Scale, Wechsler Memory Scale, Figura de Rey, Delayed Oculomotor Response Task), la consistencia en los hallazgos es un factor a considerar. No se encontraron diferencias en pruebas de memoria cuando los estímulos eran visuales tales como figuras (Figura de Rey, Visual Reproduction - Wechsler). Esto es consistente con datos de estudios de fluencia verbal, donde los adultos con ADHD fallaban en respuesta a cues verbales, pero este déficit desaparecía cuando podían utilizar una ayuda visual para evocar el material verbal. Una manera de interpretar esta performance es a través del modelo de Baddeley & Hitch (1974, 1994) de memoria de

trabajo. Los resultados de estos estudios sugerirían un déficit en el bucle fonológico y no así en el visuoespacial, quizás debido a un déficit de atención en el bucle fonológico - o mas específicamente a los componentes verbales de este bucle (Hervey A. Epstein J & Curry J. 2004).

En el Test de Aprendizaje verbal de California, existe una diferencia significativa entre los adultos con ADHD y los controles normales. Los datos indican que los adultos con ADHD adoptan una estrategia de organización de la información menos eficiente.

La memoria inmediata y la memoria a corto plazo medida por el subtest de Repetición de Dígitos del Wechsler, se encuentra aparentemente descendida en adultos con ADHD.

En resumen, los pacientes adultos con ADHD, presentan déficit de memoria, aunque estos déficits varían en relación a la medida con que fue evaluada la función. Los déficits pueden ser de recuperación, codificación y capacidad de reconocimiento /organización de las palabras vía clúster semántico. Aparentemente los ADHD utilizan una organización serial mas que una organización semántica.

5) Velocidad de Procesamiento y Velocidad Motora: La velocidad de procesamiento y motora son dos áreas muy importantes para determinadas habilidades cognitivas. Es interesante, en un trastorno cuya definición incluye la sobre reacción, determinar si los tiempos de reacción o la velocidad motora pueden dar cuenta al menos parcialmente de los déficits en las pruebas neuropsicológicas. Una tendencia que puede observarse en este grupo es que a medida que la demanda en el procesamiento cognitivo ocurre junto con alguna actividad motora, aparentemente hay un relativo aumento de los tiempos de reacción en función de esas demandas cognitivas. Algunas pruebas utilizadas para ver tiempos de reacción y velocidad de procesamiento son: CPT, Trails -A, 3RT Test, y el Stop Signal Test.

6) Inteligencia: Existe una larga tradición de usar los subtests o los factores de las Escalas de Inteligencia de Wechsler para el diagnóstico de ADHD en niños y adultos. Los adultos con ADHD presentan déficit en la velocidad perceptivo-motora evaluada por el subtest de Dígitos-Símbolos. Este subtest junto con el subtest de Aritmética que evalúa memoria de trabajo, son los subtests con mayor poder de discriminación. El Coeficiente Intelectual es generalmente mas bajo en pacientes con ADHD que en sus controles. Por lo tanto, el deterioro cognitivo general da cuenta de una amplia parte de la varianza del déficit cognitivo en adultos con ADHD, similar lo que ocurre en niños. Conceptualmente, los índices de Memoria de trabajo y de Velocidad de Procesamiento del WAIS-III son los mas probables de detectar déficit en personas con ADHD.

7) Pruebas con mayor validez ecológica: Históricamente, la evaluación neuropsicológica y en especial la evaluación de las funciones ejecutivas ha presentado una importante limitación: una baja correlación entre la performance en pruebas ejecutivas y las conductas que se observan en la vida cotidiana (Manchester, 2004). La naturaleza de las evaluaciones formales, realizadas en un ambiente silencioso, sin distracciones, con un coordinador de tareas (evaluador) que explica las reglas, propone tareas, explicita objetivos y promueve o finaliza las tareas, esta lejos de poder reflejar las dificultades propias de quien padece un déficit ejecutivo. Las operaciones de empezar una acción, terminarla, mantenerla y cambiar de tareas, estarían

todas ejecutadas por el examinador por lo que dificultades en estos dominios pasarían desapercibidos. Varios autores (Wood, 1987) han resaltado la gran discrepancia que existe entre el desempeño obtenido en pruebas de laboratorio en comparación con situaciones de la vida cotidiana en la que se requieren las mismas habilidades.

Una posibilidad para solventar este problema es utilizar pruebas que tengan validez ecológica. Se utiliza este concepto en referencia a pruebas que tengan alta correlación entre el desempeño de un individuo en una serie de pruebas neuropsicológicas y su desempeño en una variedad de ambientes de la vida real tales como la escuela, el trabajo, el hogar o la comunidad. En nuestra experiencia una serie de pruebas con estas características han sido notablemente más sensibles en la detección de disfunción ejecutiva en pacientes con diversas patologías frontales (TCE, DFT, ADHD, etc) que las pruebas ejecutivas tradicionales. Algunas de ellas son:

El "Hotel Test" (Manly, 2002): Esta prueba incluye 6 actividades diferentes que el paciente tiene que completar mientras simula administrar un hotel. Evalúa la organización y planificación de las tareas en un tiempo determinado.

El "MET" (Multiple errands test- Hospital version) (Knight et al., 2002): Esta prueba captura una gama de actividades "de la vida diaria" dentro de un ambiente "de la vida real". Requiere planificación, desarrollo de múltiples tareas, períodos de tiempo mayores diferenciándose notablemente de las pruebas tradicionales.

El "IGT" (Iowa Gambling Task) (Bechara, 1994): Este test evalúa el proceso de toma de decisiones midiendo la habilidad del paciente de elegir, de entre cuatro mazos de cartas, aquellos que implican una menor ganancia a corto plazo con un mayor beneficio a largo plazo.

Una de las ventajas de estas pruebas es que brindan información cualitativa sobre la naturaleza de los déficits. La observación de las conductas en un ambiente real utilizando pruebas que requieren de la utilización de las habilidades de resolución de problemas, es probablemente la mejor forma de evaluación de los déficit ejecutivos (Sohlberg and Mateer, 2001).

La investigación ha demostrado que todavía no existe un test o una batería de tests neuropsicológicos que posean la validez, confiabilidad y especificidad predictiva adecuada para realizar un diagnóstico de ADHD en el adulto. Por este motivo los profesionales clínicos deben ser muy cuidadosos en la valoración de los resultados de los tests neuropsicológicos. En ningún caso, la evaluación neuropsicológica puede ser el único fundamento del diagnóstico de ADHD.

La evaluación neuropsicológica resulta mucho más útil cuando se la utiliza como evidencia para fundamentar conclusiones que surgen de la historia infantil, los cuestionarios y un meticuloso análisis del funcionamiento actual.

Diagnóstico y Cuadro Clínico

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad ha sido considerado durante mucho tiempo como un trastorno propio de la infancia que desaparecía o se atenuaba al llegar la adolescencia. En los últimos años ha comenzado a ser reconocido como un trastorno que persiste en la adultez en un

60-70% de los casos, y que puede causar serias dificultades en el desarrollo personal, social, académico o laboral.

Si bien la presentación en el adulto evoca los síntomas reconocidos en la infancia, el cuadro clínico está condicionado por cambios propios de la edad a medida que el individuo madura. Por otra parte en la adultez son muy frecuentes los cuadros psiquiátricos comórbidos que pueden ser más notables e invalidantes que el ADHD en sí mismo y de este modo este último es enmascarado, dificultándose su diagnóstico.

Muchos pacientes que no han sido tratados de niños, llegan a la consulta a partir de ser diagnosticado alguno de sus hijos, toman entonces conciencia de haber tenido dificultades similares que a través de diversas estrategias, desarrolladas espontáneamente, fueron parcialmente compensadas.

Como punto de partida para el estudio de este trastorno debemos considerar los criterios diagnósticos establecidos en el DSM IV. Estos incluyen:

- A. (1) o (2):
 - (1) seis (o más) síntomas de desatención
 - (2) seis (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad
 - que se presenten más de seis meses con una intensidad desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.
- B. Los síntomas deben haberse presentados antes de los 7 años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes
 - (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).
- D. deterioro de la actividad social, académica o laboral.
- E. no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

SÍNTOMAS DE DESATENCIÓN

- no presta atención suficiente
- dificultades para mantener la atención
- parece no escuchar cuando se le habla directamente
- no sigue instrucciones y no finaliza tareas
- dificultades para organizar tareas y actividades
- evita el esfuerzo mental sostenido
- extravía objetos necesarios para tareas o actividades
- se distrae fácilmente
- descuidado en las actividades diarias

SÍNTOMAS DE IMPULSIVIDAD:

- a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- a menudo tiene dificultades para guardar turno
- a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros

SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD:

- mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- abandona su lugar
- corre o salta o (en la adultez) sentimientos subjetivos de inquietud
- dificultades para actividades de ocio
- “ está en marcha ”
- habla en exceso

Sin embargo, estos síntomas descriptos en los criterios de DSM-IV, no siempre pueden ser identificados claramente en el adulto resultando difícil el diagnóstico por diferentes razones:

- Si el paciente no fue diagnosticado en la infancia, puede ser difícil recabar datos acerca de esa etapa de la vida, especialmente cuando no se cuenta con un informante confiable que recuerde detalles de lo acontecido muchos años atrás.
- Los síntomas de hiperactividad son considerados un rasgo de personalidad, un modo de ser y no son identificados por el paciente como un problema a tratar.
- De acuerdo con el nivel de inteligencia de cada individuo, se pueden haber desarrollado estrategias compensatorias que no dejen entrever las dificultades propias del trastorno.
- No todos los profesionales tienen presente este cuadro, y atribuyen las dificultades a cuadros comórbidos que son sumamente frecuentes.

Presentación del cuadro clínico en la edad adulta

En la infancia la causa más frecuente de tratamiento son los problemas de conducta; en los adultos, en cambio, resulta habitual la consulta por problemas de funcionamiento, tanto en el hogar como en el trabajo, así como dificultades académicas a nivel universitario (fracasos, cambio de carreras, crisis vocacionales).

Los síntomas de inatención o desatención pueden observarse en la dificultad para mantener una conversación prolongada, en la lectura que requiere un esfuerzo mental sostenido, se trate de un libro o de un artículo extenso del diario. Otro modo de presentarse es a través de las pérdidas frecuentes de objetos, llaves, billeteras, teléfonos celulares; o bien en los olvidos de citas, compromisos, vencimientos, fechas de cumpleaños y aniversarios. Asimismo la dificultad para organizarse, producto de la disfunción ejecutiva, lo lleva a una mala administración de su tiempo, una deficiente planificación y jerarquización de las tareas a realizar con la frecuente imposibilidad de completarlas adecuadamente. Esto se suele asociar a la postergación (procrastination) de las tareas de diversa índole con las previsibles consecuencias en el desempeño laboral, familiar o académico.

En cuanto a los síntomas de hiperactividad motora, que generalmente se consideran patrimonio del niño, se suelen manifestar a través de una sensación de inquietud interna que le impide a la persona permanecer mucho tiempo sentada o focalizándose en una sola actividad. Frecuentemente se presentan dificultades con el ocio y el tiempo libre, con imposibilidad de relajarse o descansar por lo que suelen elegir deportes de contacto o de alto nivel de riesgo. Tienden a hablar en exceso lo cual suele incidir negativamente en sus relaciones interpersonales.

La **impulsividad** se manifiesta a través de las respuestas automáticas, (hablar antes de pensar), compras compulsivas, fallas en la toma de decisiones, interrupción brusca de relaciones interpersonales, cambio de trabajos, tendencia a interrumpir al interlocutor, baja tolerancia a la frustración, conducción audaz de automóviles, conductas sexuales riesgosas, abuso de alcohol y sustancias. Sus reacciones emocionales son imprevisibles y por lo general desmedidas; frecuentemente estallan en conductas explosivas generando un alto nivel de conflicto en los ámbitos donde se encuentren. Los cambios bruscos de humor con o sin causa aparente son moneda corriente y por otra parte el automonitoreo de estas conductas es por lo general escaso o nulo.

Diagnóstico en el Adulto

A pesar de los recientes avances de las neurociencias este trastorno continúa siendo subdiagnosticado, especialmente en la población adulta.

No existe método complementario o estudio neuropsicológico específico que permita realizar el diagnóstico. El diagnóstico se debe realizar considerando los siguientes aspectos:

- Evaluación de los síntomas actuales de ADHD
- Historia del desarrollo.
- Historia Infantil antes de los siete años: determinar la presencia de los síntomas de ADHD en dos o más ámbitos con interferencia en las actividades desarrolladas en los mismos.
- Desempeño dentro y fuera del hogar: factores estresantes concurrentes.
- Historia Clínica Psiquiátrica completa: determinar la presencia de comorbilidades actuales y pasadas.
- Antecedentes heredofamiliares: Dada la probada determinación genética resulta común encontrar otros familiares con el mismo trastorno muchas veces no diagnosticado.
- Historia Clínica con Examen físico y estudios complementarios: descartar patologías clínicas que puedan producir o agravar los síntomas de base (hipo-hipertiroidismo, anemia, déficits vitamínicos, hipoglucemia, fármacos, procesos degenerativos, tumores).
- Evaluación Neuropsicológica: permitirá determinar la presencia de fallas cognitivas, especialmente en las funciones ejecutivas.

En la obtención de la información necesaria para el diagnóstico puede resultar crucial contar con un informante que pueda colaborar en la recolección de datos. Resulta frecuente que el paciente no recuerda con precisión detalles de su conducta en la infancia y en algunos casos la información provista por boletines o cuadernos de escuela puede ser muy valiosa.

Existen diversas escalas, algunas autoadministradas, que resultan útiles para detectar la presencia y la severidad de los

síntomas del trastorno, pero es importante destacar que no tienen valor diagnóstico en sí mismas, sino que constituyen un elemento más entre todos los enumerados para realizar el diagnóstico, que finalmente se establece en base al criterio clínico del profesional entrenado. Las más utilizadas en la práctica Clínica son:

- ADHD RS-IV: Esta escala establece la presencia de los síntomas considerados criterios clínicos diagnósticos en la clasificación del DSM IV, estableciendo una graduación de severidad.
- Escala de síntomas actuales de Barkley y Murphy.
- Escala de Conners para adultos ADHD.
- Wender Utah Rating Scale diseñada para adultos.
- Escala para trastornos por déficit de atención de Brown.

Todas pueden resultar útiles tanto para determinar la presencia y severidad de los síntomas como para realizar un seguimiento objetivo a lo largo del tratamiento como medida de su eficacia.

Resulta fundamental realizar un diagnóstico lo más preciso posible tanto del trastorno en sí como de las probables comorbilidades, ya que el diseño del tratamiento dependerá de estos aspectos.

Comorbilidades

Como señaláramos previamente es muy frecuentemente que se desarrollen comorbilidades de diversa índole, hecho que

ocurre también en la infancia dificultando el diagnóstico retrospectivo, que como vimos, es requisito para la confirmación diagnóstica. En la infancia se considera que el 50% de los pacientes presenta comorbilidades (ej: trastornos de conducta, trastorno oposicionista desafiante, ansiedad, Síndrome de Tourette, Trastornos del sueño, entre otros).

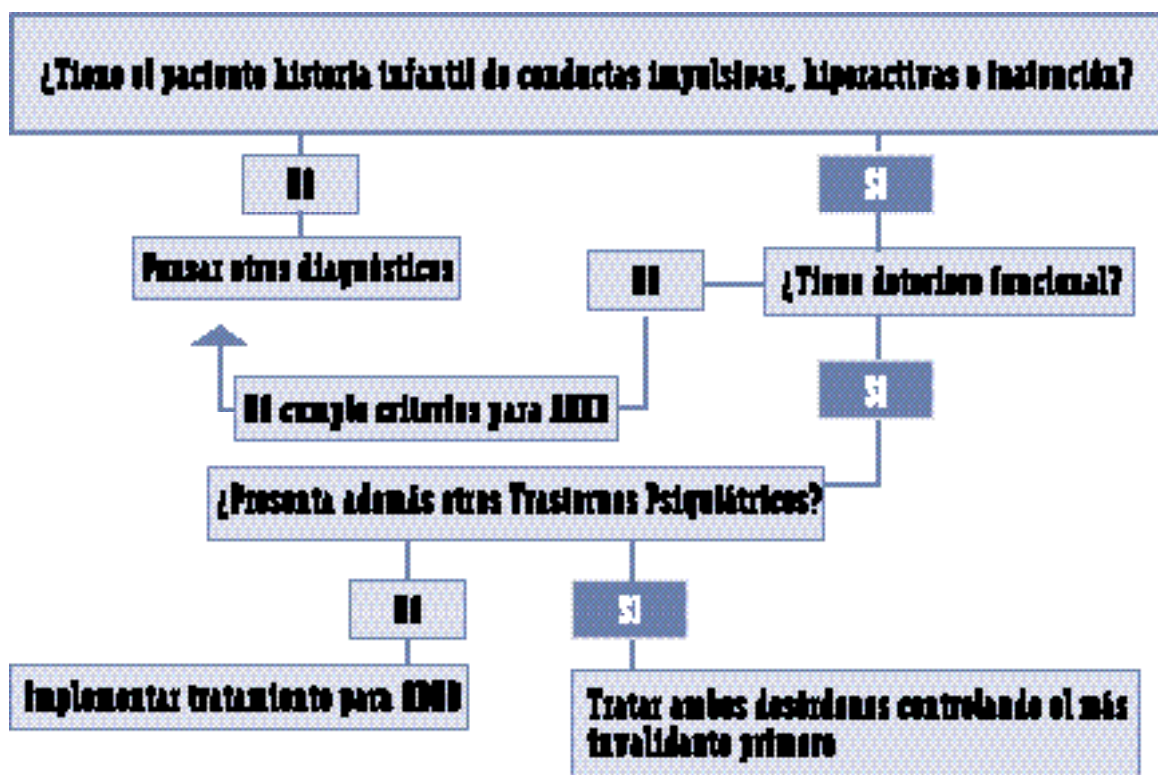
El adulto suele consultar por problemas de memoria, depresión, ansiedad, insomnio, baja autoestima, problemas laborales o de pareja, abuso de sustancias o alcohol. Estos últimos frecuentemente ocasionan accidentes automovilísticos serios.

Son frecuentes también los trastornos de personalidad, especialmente el antisocial y borderline. Se debe investigar la presencia de trastorno bipolar.

Resulta muy importante identificar las posibles comorbilidades ya que en algunos casos constituyen el principal problema a encarar en el tratamiento.

Cuadros Psiquiátricos habitualmente comórbidos con ADHD.

CUADRO PSIQUIÁTRICO	FRECUENCIA
Trastornos de Ansiedad	25-50%
Desórdenes del ánimo	19-37%
Conductas Antisociales	18-28%
Trastornos de Personalidad	10-20%
Abuso de Alcohol	8-32%
Abuso de Sustancias	32-53%



Pasos para establecer el plan de Tratamiento

- Educación del paciente y la familia en relación al diagnóstico e implicancia del mismo.
- Determinar comorbilidades y jerarquizar el impacto en la vida cotidiana de cada una de ellas.
- Priorizar el abordaje de la o las más impactantes.
- Explorar las expectativas y preferencias terapéuticas del paciente y su entorno.
- Establecer objetivos acordes al interés del paciente y cómo se reconocerán y medirán los logros.
- Establecer el plan concreto de tratamiento.

Es común que el paciente adulto se encuentre en alguna de las situaciones que se describen a continuación:

1. Adultos que fueron diagnosticados en la niñez y recibieron tratamiento continuo, pero llegaron a la adultez y requieren una actualización de su situación de tratamiento.
2. Adultos que fueron tratados en la niñez pero interrumpieron el tratamiento
3. Adultos que nunca fueron diagnosticados ni tratados.

1. El primer grupo de pacientes sabe que el tratamiento es efectivo, han experimentado mejoría al comenzar el tratamiento, y empeoramiento cuando interrumpieron el tratamiento ocasionalmente. Son conscientes de las dificultades, pero también de que se puede tratar y superar las dificultades que aparea el trastorno.

2. El segundo grupo de pacientes pensó que podía superar el problema sin tratamiento. Experimentaron problemas en su desempeño laboral y académico al abandonar el tratamiento pero no pudieron reconocer la mejoría con el mismo. No aceptan la idea de tomar medicación por períodos prolongados o tal vez por el resto de sus vidas.

3. Este grupo de pacientes tiene importantes dificultades para organizarse, su capacidad de mantener la atención es escasa y breve, su concentración es pobre desde la infancia, salvo en tópicos de su interés. Han tenido que desarrollar estrategias propias para afrontar las dificultades y logrado objetivo con un gran esfuerzo personal, siempre mayor comparado con el resto de sus pares. Recibieron otros diagnósticos y fueron tratados con éxito parcial. Por lo general tienen algún familiar con ADHD.



Tratamiento Farmacológico

El manejo del ADHD del adulto requiere un abordaje que combine técnicas educativas, conductuales con un uso racional de medicación. Esta conclusión es apoyada por los resultados del Estudio de Tratamiento Multimodal en niños con ADHD en el que se observó que los síntomas cardinales del ADHD eran bien manejados con dosis apropiadas de medicación, mientras que las consecuencias del ADHD (rendimiento en la escuela, relaciones con la familia y amigos, autoestima) mejoraban con el uso combinado de intervención conductual y educacional mas tratamiento farmacológico. Aunque el efecto del tratamiento farmacológico persistía en el seguimiento disminuía en tamaño.

La medicación puede mejorar el span atencional en aproximadamente 70% de los adultos con ADHD. Diferentes investigaciones han demostrado que los fármacos estimulantes (metilfenidato, pemolina, y anfetamina) son superiores al tratamiento con antidepresivos o agentes alfa adrenergicos en su habilidad para mejorar la atención. Adicionalmente, este grupo de medicación disminuye la conducta oposicionista desafiante, y mejora la habilidad del individuo en la interacción social. Si la medicación es necesaria en forma diaria o solo para situaciones específicas (trabajo, universidad, interacción social) debe ser determinado en forma individual para cada paciente. Los adultos en los cuales los síntomas tienen un impacto adverso en su funcionamiento social, familiar o laboral se benefician de tratamiento diario. En la adolescencia la farmacoterapia disminuye el riesgo del abuso de sustancias. El metilfenidato y la anfetamina parecen ser equivalentes en cuanto a su efectividad. En caso del que el individuo no tenga una buena respuesta a una

de estas drogas se debe intentar la otra ya que la respuesta puede ser idiosincrática. La mayoría de los individuos toleran la medicación estimulante con pocos, o ningún efecto adverso. Inicialmente pueden presentar cefalea o malestar estomacal que en general se alivia administrando la medicación luego de las comidas. Otros efectos adversos como insomnio usualmente son transitorios. A medida que el efecto de la medicación disminuye una conducta hiperactiva de rebote que dura aproximadamente 35/40 minutos puede llegar a ocurrir. Este efecto puede evitarse cambiando la medicación a una de liberación prolongada. Pueden aparecer tics durante el uso de medicación estimulante. Una terapia a bajas dosis usualmente tiene un impacto positivo en el funcionamiento cognitivo y atencional mientras que una terapia a dosis altas es efectiva para mejorar la conducta pero podría causar "toxicidad cognitiva". Los individuos con una epilepsia bien controlada no presentan una exacerbación de las convulsiones cuando reciben metilfenidato. En adultos el monitoreo del peso corporal, la tensión arterial y la frecuencia cardiaca es recomendado. Los estimulantes no deben utilizarse con Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Ha existido preocupación acerca de la potencial relación entre el uso de psicoestimulantes y el posterior desarrollo de abuso ilícito de drogas. Estudios a largo plazo han demostrado que individuos con ADHD tienen un mayor riesgo abuso de sustancias en la adolescencia y edad adulta, especialmente aquellos con trastornos de conducta. El tratamiento efectivo del ADHD con psicoestimulantes disminuye el riesgo comparado con los sujetos de la misma edad y no contribuye al uso ilícito en esta población. El uso de estimulantes de liberación prolongada (8-12 horas), brinda un práctico control de los síntomas desde la mañana hasta el anochecer con una sola dosis. De esta manera se evita tomar una dosis en el trabajo (con el estigma social potencial). Los adultos que tienen un horario prolongado pueden llegar a usar dos tomas diarias de comprimidos de 8 horas de duración.

Los antidepresivos tricíclicos han mostrado ser eficaces en el tratamiento del ADHD con aproximadamente un 70% de

respuesta aunque existe preocupación acerca de los efectos adversos cardiovasculares y muerte súbita. El bupropion, el cual se ha asociado a un aumento del riesgo de convulsiones, puede ser de ayuda en individuos con historia de ADHD y abuso de sustancias o trastornos del humor. La venlafaxina ha sido efectiva en adultos con ADHD.

Recientemente la atomoxetina, un inhibidor selectivo de la recaptación de norepinefrina, claramente ha mostrado ser de ayuda en el manejo del ADHD. Queda por ser determinado que efectividad posee en comparación con los estimulantes. Los efectos adversos son cansancio, malestar gastrointestinal, y disminución del apetito. En adultos, disfunción sexual, retención urinaria y un moderado aumento de la tensión arterial y frecuencia cardíaca ha sido observado. La atomoxetina es metabolizada a través de la CYP2D6 y una reducción de la dosis puede ser necesaria en metabolizadores lentos o quienes reciben medicaciones que inhiben la CYP2D6 (como paroxetina o fluoxetina). Debe ser considerada como primera línea de tratamiento en la categoría no estimulante. La clonidina ha mostrado cierto beneficio especialmente cuando es usada con estimulantes para disminuir la agresión. Otras modalidades de tratamiento como el modafinilo ha sido sugeridas. Sin embargo mas estudios son necesarios para demostrar su efectividad.

El tratamiento psicoterapéutico del ADHD del adulto

Revisión de evidencias sobre la eficacia del tratamiento psicoterapéutico del ADHD del adulto

El componente psicoterapéutico del tratamiento del ADHD en adultos constituye un aspecto escasamente estudiado hasta el presente (Safren et al., 2004). En este sentido, es posible mencionar un número limitado de ensayos de características metodológicas diversas (Wilens et al., 1999; Hesslinger et al., 2002; Stevenson et al., 2002; Safren et al., en prensa) tendientes a demostrar la utilidad de los procedimientos no farmacológicos en el abordaje de este desorden. Todos ellos comparten un enfoque estructurado de la terapia, con objetivos y técnicas definidos, de inspiración mayormente cognitivo-conductual.

El primero de estos trabajos (Wilens et al., 1999) constituye un estudio abierto, retrospectivo, de revisión independiente de síntomas en las historias clínicas de 26 pacientes tratados mediante un abordaje de terapia preminentemente cognitiva. El 85% de los pacientes se encontraban medicados y el tratamiento psicoterapéutico llevó 36 sesiones en promedio (DS = 24). Como resultado del mismo, los pacientes mostraron mejorías significativas en los síntomas nucleares del ADHD, ansiedad y depresión asociadas y en su funcionamiento global.

En otro estudio piloto, Hesslinger et al. (2002) compararon un grupo de 8 pacientes en tratamiento con un grupo control no aleatorizado de 7 pacientes en lista de espera. La intervención evaluada consistió en un tratamiento grupal de 13 sesiones basado en la terapia dialéctico-conductual desarrollada para el tratamiento de los trastornos límite de la personalidad. El grupo en tratamiento mostró mejorías en los síntomas de ADHD, depresión y otras problemáticas evaluadas. Asimismo, en cuanto a su aceptabilidad como tratamiento, los participantes evaluaron al grupo como útil y específico y no se produjeron abandonos ni

dificultades para cumplir con el encuadre.

En un ensayo de mayor rigor metodológico, Stevenson et al. (2002) pusieron a prueba mediante un ensayo con control aleatorizado la eficacia de un programa de adquisición de estrategias cognitivas compensatorias. En el mismo, 22 pacientes (algunos medicados y otros no) fueron tratados en forma grupal durante ocho sesiones semanales de 2 horas de duración y comparados con 21 pacientes asignados a una lista de espera. Como resultado del programa, los pacientes tratados manifestaron una reducción significativa en la sintomatología del ADHD, mejoraron sus habilidades organizativas y su capacidad de control del enojo.

Por último, en otro estudio aleatorizado, Safren et al. (en prensa) aplicaron un tratamiento de tipo cognitivo-conductual a 16 pacientes que habiendo recibido tratamiento farmacológico previo, aún continuaban presentando sintomatología clínicamente significativa.

El grupo control consistió en 15 pacientes, con similares características, que continuaron exclusivamente con el tratamiento farmacológico. Como resultado, el grupo con tratamiento cognitivo-conductual adicionado a la medicación evidenció mejorías en la sintomatología del ADHD, depresión y ansiedad, en contraste con el grupo que continuó sólo con tratamiento farmacológico.

Si bien todos estos estudios muestran resultados alentadores, vale destacar que algunos de ellos adolecen de limitaciones metodológicas importantes que no garantizan su validez, mientras que otros, de mayor calidad, involucran muestras demasiado pequeñas como para concluir su carácter generalizable, resultando necesarios nuevos ensayos que repliquen estos resultados en mayor escala.

A pesar de la limitada evidencia acerca de la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas en el ADHD del adulto, existen diversos motivos de importancia para considerar su uso de manera complementaria al tratamiento farmacológico. En primer lugar, se considera que entre un 20 y un 50% de pacientes no responde a las medicaciones existentes y, entre los respondedores, se observa una mejoría en el 50% o menos de los síntomas nucleares del desorden (Wilens et al., 2002). En segundo lugar, aunque los síntomas principales del trastorno pueden mejorar con la medicación, ésta por sí sola no provee de estrategias o habilidades específicas para mejorar el funcionamiento en las tareas cotidianas o para compensar los síntomas residuales. En tercer lugar, el ADHD del adulto se acompaña frecuentemente de síndromes comórbidos, en particular, ansiedad, depresión y abuso de sustancias (Biederman et al., 1993; Murphy et al., 1996), problemas para los cuales la psicoterapia ha demostrado ser de ayuda. En cuarto lugar, la historia de fracasos en lo laboral, académico, y relacional con que se asocia el ADHD en la edad adulta (Biederman et al., 1993; Murphy et al., 1996) tiene como consecuencia un estado generalizado de desmotivación y frustración, así como una visión devaluada de sí mismo.

Estos aspectos vinculados a la motivación para el cambio y a la autoestima constituyen "blancos" más propios de una intervención psicoterapéutica que de una terapéutica farmacológica. Por último, y en relación con el punto anterior, la

adherencia al tratamiento en su conjunto puede resultar perjudicada por la tendencia característica en este desorden a la discontinuidad en las actividades iniciadas y los olvidos, problemática que, abordada desde un enfoque psicoeducativo puede mostrar mejores respuestas como es el caso de otros desórdenes de origen neurobiológico (Colom & Vieta, 2004:

Descripción del modelo conceptual de la terapia cognitivo-conductual del ADHD del adulto

Los estudios mencionados involucran diferentes tratamientos psicoterapéuticos, aunque todos ellos presentan versiones de inspiración cognitivo-conductual. La preeminencia de esta forma de terapia probablemente refleja una característica de este tipo de pacientes señalada en diferentes guías de tratamiento, a saber la necesidad de trabajar sobre objetivos concretos, de una manera dinámica y focalizada en el aquí y ahora. Otras formas de terapia a largo plazo y orientadas al insight conllevan un riesgo muy alto de fracaso, dada las características limitantes del propio problema para trabajar de esa manera. Teniendo en cuenta esto, describiremos en esta sección los conceptos subyacentes al modelo cognitivo-conductual del ADHD del adulto, para luego, en la siguiente sección, explicar los procedimientos que se instrumentan.

El modelo cognitivo-conductual del ADHD del adulto se presenta como un componente conceptual complementario del modelo neuropsiquiátrico del desorden. Dicho componente intenta explicar el efecto potenciador sobre los déficits cognitivos centrales, producido por las circunstancias adquiridas a lo largo de la historia del desarrollo del individuo que cursa este

desorden y su posterior circuito de mantenimiento. Según esta idea, los déficits de origen neurobiológico que se expresan cognitivamente a través de los síntomas en la atención, las funciones ejecutivas y las capacidades inhibitorias y autorregulatorias, predisponen desde niño a la persona que los sufre a mayores dificultades en su adaptación a las demandas ambientales, escolares, laborales e interpersonales, como ya mencionáramos. La hipótesis cognitivo-conductual postula específicamente que, a lo largo de la historia de adaptaciones fallidas a las demandas del entorno, el sujeto desarrolla un conjunto de pensamientos disfuncionales específicos sobre sí mismo y sus capacidades (cogniciones disfuncionales), junto con una serie de estrategias de afrontamiento negativas frente a los problemas (conductas disfuncionales). Estas "cogniciones o pensamientos disfuncionales" expresan por lo general la propia autoevaluación negativa frente a las frustraciones ("No soy capaz de hacerlo", "No sirvo para esto", "Soy un desastre", etc.), y se alimentan asimismo de la crítica de otras personas significativas de su ambiente (familiares, docentes o empleadores). El efecto de estas cogniciones disfuncionales se proyecta doblemente sobre el estado de ánimo y sobre las conductas de afrontamiento de los problemas. En lo que respecta al estado de ánimo, estas cogniciones aumentan los estados de ansiedad y malestar asociados a las tareas problemáticas, y en lo conductual se ven reforzadas las estrategias de evitación de las dificultades, a saber, las distracciones y las postergaciones ("Voy a fracasar otra vez, para qué intentarlo", "Mañana tal vez tenga más ganas", etc.), y otras conductas disfuncionales (negación de los problemas,

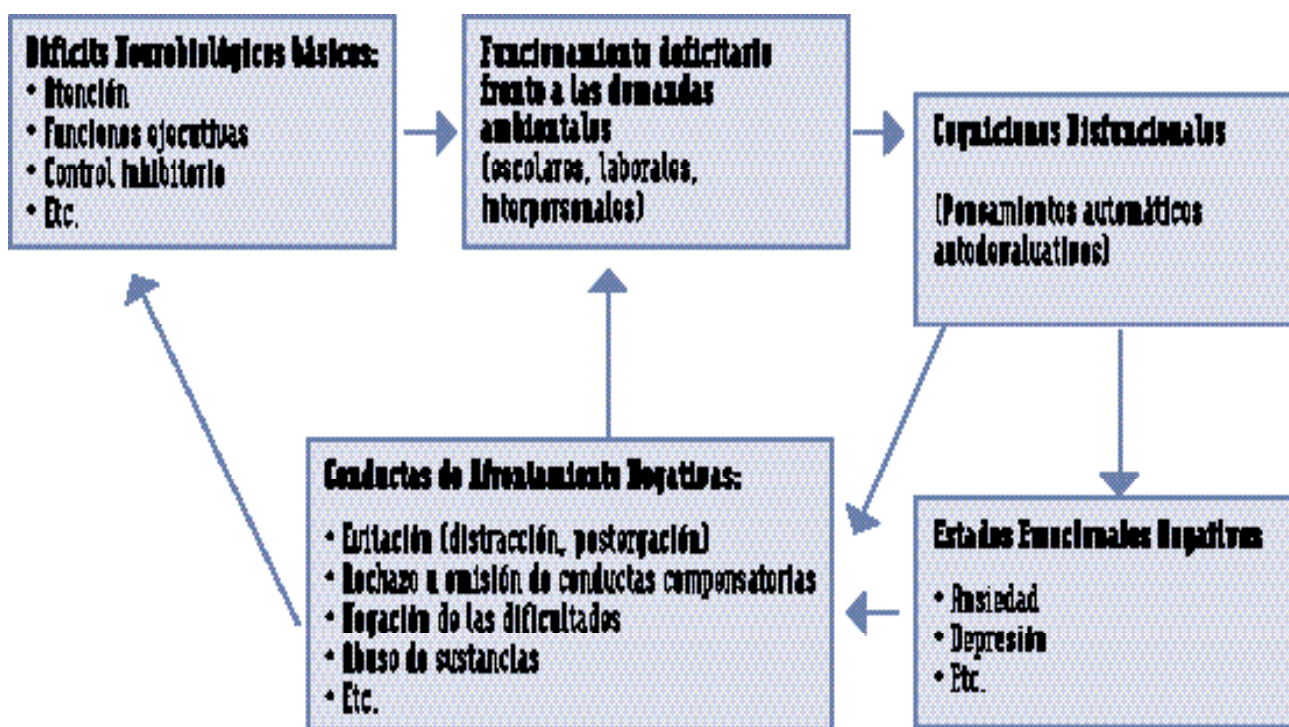


Figura III: Modelo cognitivo - conductual del ADHD del adulto

rechazo a utilizar estrategias compensatorias adecuadas, etc.). De manera cíclica, los estados emocionales displacenteros y las conductas disfuncionales, a su turno amplifican las dificultades cognitivas básicas (desatención, desorganización e impulsividad) dando lugar a un circuito de automantenimiento de las dificultades en el funcionamiento (ver Figura XX).

Elementos del tratamiento psicoterapéutico

De acuerdo con este modelo, entonces, el tratamiento psicoterapéutico cognitivo-conductual apuntará, por un lado, a corregir las cogniciones o pensamientos disfuncionales que predisponen a los disturbios emocionales y sostienen a las conductas de afrontamiento negativas. Por otro lado, intentará sustituir éstas últimas mediante estrategias compensatorias de los déficits neurobiológicos básicos. Estos objetivos se logran a través del empleo de una serie de intervenciones que describiremos a continuación:

Psicoeducación y motivación para el cambio. La psicoeducación se define como el proceso de proveer al paciente y a sus otros significativos de información científica específica sobre el trastorno que padece, sobre sus características, sus causas y sus consecuencias, y sobre las posibles herramientas y métodos para mejorarlo. El objetivo fundamental de este procedimiento es que los pacientes puedan tomar una posición más activa en el proceso de recuperación y adquirir conocimientos suficientes para tomar decisiones adecuadas respecto de su propio cuidado y de la modificación de las conductas mantenedoras del problema. Este tipo de intervención aumenta la motivación y disminuye las actitudes defensivas por parte del paciente. Dentro de esta intervención se presentan asimismo los fundamentos, los objetivos (que en el caso del ADHD son paliativos y no curativos) y los procedimientos a utilizarse durante el tratamiento. Asimismo en las primeras sesiones del tratamiento del ADHD del adulto resulta fundamental establecer y potenciar la motivación para realizar cambios, puesto que, como ya mencionáramos, la discontinuidad y la ambivalencia frente a las nuevas estrategias aparecen como problemas comunes en este cuadro. El empleo de técnicas de entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2002) constituye una herramienta útil para este fin.

Reestructuración de cogniciones disfuncionales. Este segundo componente abarca el trabajo propiamente cognitivo, esto es, la identificación y reestructuración de los pensamientos automáticos, las creencias subyacentes y las distorsiones cognitivas relacionadas con las dificultades en el funcionamiento cotidiano, al modo de la terapia cognitiva clásica (Beck, J., 1995). Estos procedimientos están orientados a modificar los pensamientos que en el contexto del ADHD del adulto funcionan como "distractores" o bloquean la aproximación a las tareas vividas como dificultosas.

Implementación de estrategias compensatorias adecuadas. El aprendizaje de estrategias compensatorias comporta el aspecto conductual del tratamiento. En este sentido, se incentiva el empleo de un variado repertorio de técnicas destinadas a morigerar los efectos de los déficits básicos sobre el funcionamiento cotidiano, a saber: el uso de agenda y la administración del tiempo, la organización de las tareas a fin de explotar al máximo las capacidades atencionales, el control de distractores externos e internos, el ordenamiento de los ámbitos de trabajo y estudio, uso de notas, listas y avisos para evitar olvidos y digresiones,

metodología de estudio y de resolución de problemas, etc.

Estrategias para el control de impulsos y regulación afectiva. La impulsividad, la hiperactividad y la regulación de estados emocionales intensos constituyen otro aspecto a trabajar en el tratamiento psicoterapéutico. En este sentido, se entrena la capacidad de identificar los diferentes estados emocionales y sus indicadores o señales visibles. La identificación correcta de los mismos da lugar a la posterior implementación de técnicas para su manejo, entre otras, las técnicas de relajación, las visualizaciones y el empleo de descargas alternativas, sin consecuencias negativas.

Mejoramiento de las relaciones y la comunicación. En muchos casos, las dificultades adaptativas afectan las relaciones interpersonales y además de revisar con el paciente las conductas que entorpecen la comunicación con las personas del entorno, pueden resultar útiles las entrevistas vinculares con otros significativos para identificar los circuitos interaccionales que refuerzan los problemas experimentados por el individuo.

Todos estos procedimientos pueden ser instrumentados en forma individual o grupal, e implican la participación de terapeutas experimentados en terapias de corte directivo. La duración de los tratamientos es variable, con mayor intensidad en el primer tramo del tratamiento (10 o 15 sesiones) para luego mantener un control más flexible según las circunstancias de cada caso.

Referencias Bibliográficas

- Baddeley A.D. & Hitch G.J. Working Memory. In G.A. Bower (Ed.), *Psychology of learning and motivation*. New York: Academic Press, 1974. Vol. 8, pp. 47-90.
- Baddeley A.D. & Hitch G.J. Developments in the concept of working memory. *Neuropsychology* 94.
- Barkley R.A. Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin* 1997b; 121, 65-94.
- Biederman J., Mick E., Faraone S.V. Age dependent decline of ADHD symptoms revisited: Impact of remission definition and symptom subtype. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157, 816-818.
- Bechara A., Damasio A., Damasio H., Anderson S. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition* 1994; 50: 7-15.
- Hervé A., Epstein J. & Curry J. Neuropsychology of Adults with Attention - Deficit/ Hyperactivity Disorder: A Meta Analytic Review. *Neuropsychology* 2004; 18 (3), 485-503.
- Biederman J., Mick E., Faraone S.V. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry* 2000 May;157(5):816-8.
- Sohlberg MM, Mateer CA. Improving attention and managing attentional problems. Adapting rehabilitation techniques to adults with ADD. *Ann N Y Acad Sci* 2001 Jun;931:359-75.
- Wood RL. Neuropsychological assessment in brain injury. In: M. G. Eisenburgh, and R. C. Greziak (editors), *Advances in Clinical Rehabilitation*, vol. 1, pp. 47-92 (New York: Springer), 1987.
- Manchester D., Priestley N. & Jackson N. The assessment of executive functions: coming out of the office. *Review. Brain Injury*, vol.18, No.11 (November 2004), 1067-1081.
- Manly T., Hawkins K., Evans J., Woldt K., Robertson I. Rehabilitation of executive function: facilitation of effective goal management on complex tasks using periodic auditory alerts. *Neuropsychologia*
- Knight C., Alderman N. & Burgess P. Development of a simplified version of the multiple errands test for use in the hospital settings. *Neuropsychological Rehabilitation*, 2002, 12 (3), 231-255.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Biederman J., Faraone S.V., Spencer T., Wilens T., Norman D., Lapey K.A., et al. (1993). Patterns of comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1792-8.
- Colom F., Vieta E. (2004). Improving the outcome of bipolar disorder through non-pharmacological strategies: the role of psychoeducation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, Suppl. 3, 47-50.
- Hesslinger B., van Elst L., Blyberg E., Dykier P., Richter H., Berner M., et al. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a pilot study using a structured skills training program. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 177-84.
- Max J.E., Mathews K., Manes F.F., Robertson B.A.M., Fox P.T., Lancaster J.L., Lansing A.E., Schatz, A., Collings N. Attention deficit hyperactivity disorder and neurocognitive correlates after childhood stroke. *J Int Neuropsychol Soc* 9:815-829, 2003
- Max J.E., Fox P.T., Lancaster J.L., Kochunov P., Mathews K., Manes F.F., Robertson B.A., Arndt S., Robin D.A., Lansing A.E. Putamen lesions and the development of attention-deficit/hyperactivity symptomatology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002 May;41(5):563-71
- Jeffrey E. Max, Facundo F. Manes, Brigitte A.M. Robertson, Katherine Mathews, Peter T. Fox, Jack Lancaster. Prefrontal and Executive Attention Network Lesions and the Development of Attention-Deficit/Hyperactivity Symptomatology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2005 May;44(5):443-50.
- Miller W.R., Rollnick S. (2002). *Motivational interviewing*. 2nd edition. New York: Guilford Press.
- Murphy K., Barkley R.A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 393-401.
- Penn D.L., Mueser K.T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 607-17.
- Safren, S. A., Sprich, S., Chulvick, S., & Otto, M. W. (2004). Psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 27, 349-360.
- Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C.L., Wilens, T.E., Biederman, J. (in press). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. (available online, August 2004).
- Teresa Torralva, Alicia Lischinsky, Agustina Lacroze, Ramón Leiguarda, Facundo Manes. Executive Functions in ADHD: The usefulness of an "ecological" battery. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2005 vol 17:2 Spring, 266.
- Wilens, T.E., Spencer, T.J., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monuteaux, M. C., & Blake, C. (2002). A review of the pharmacotherapy of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attentional Disorders*, 5, 189-202.
- Wilens T.E., McDermott S.P., Biederman J., Abrantes A., Haheys A., Spencer T.J. (1999). Cognitive therapy in the treatment of adults with ADHD.

¿Qué es la NEUROPSIQUIATRÍA?

Prof. G. E. Berrios¹

La palabra y sus referentes

Los nombres son una ayuda o un escollo en todos los ámbitos, especialmente cuando ellos se comportan como significantes variables. Por ejemplo, desde que apareció en la Francia de fines del siglo XIX como una palabra doble ('neuro-psychiatrie'), el significado de neuropsiquiatría ha cambiado repetidas veces. En el periodo entre guerras, ahora convertida en neuropsychiatrie, se refería a las actividades clínicas de los médicos entrenados tanto en neurología cuanto en psiquiatría. Alrededor de 1918, la palabra apareció en el inglés usual como una forma de "Psiquiatría que relaciona alteraciones mentales o emocionales a una función cerebral alterada". Mi propia definición es más estrecha: "disciplina que se ocupa de las complicaciones psiquiátricas de las enfermedades neurológicas". Por otro lado, el uso norteamericano es más amplio y equivale a "psiquiatría biológica".

Actualmente, el término "neuropsiquiatría" se refiere fundamentalmente a disciplinas clínicas que se entrecruzan al compartir la creencia de que los síntomas mentales se producen en zonas cerebrales alteradas. También se utiliza para dejar sentada una posición profesional con relación a puntos de vista rivales sobre los trastornos mentales, tales como el psicoanálisis. Finalmente, crea un espacio social y económico donde investigadores que piensan de una manera similar se congregan, sin peligro, para usufructuar sus ideas 'a la moda'.

El contexto

Si es que existe 'neuropsiquiatría' en un país en particular —y si tiene un significado amplio o estrecho— va a depender, en gran parte, de la estructura de sus servicios de salud y de la calidad de la relación entre la neurología y la psiquiatría.

Esto es interesante e irónico puesto que ambos especialismos son nuevos. El *alienism* (el nombre original de la psiquiatría) y la neurología se desarrollaron por las décadas de 1830 y 1860, respectivamente, como resultado directo de la fragmentación de la grande y antigua categoría *culleana*² de 'Neurosis', y del ensanchamiento de la noción de 'lesión', que a fines del siglo mencionado se refería indistintamente a defectos y a soluciones de continuidad en ámbitos putativamente 'estructurales', 'fisiológicos' o 'psicológicos'. En Alemania y Francia, la formación de los alienistas incluía entrenamiento neurológico y esto facilitó el uso del término 'neuropsiquiatra'. En Gran Bretaña, por otro lado, y debido a razones socioeconómicas importantes (para cuya discusión no hay espacio), la neurología y la psiquiatría se habían separado completamente hacia la década de 1880. Esto quiere decir que por más de 90 años hubo poca comunicación entre las dos y que en la década de 1970 la 'neuropsiquiatría' tuvo que ser reinventada. No sorprende en absoluto que quienes estuvimos involucrados en tal recreación tuviéramos entrenamiento tanto neurológico cuanto psiquiátrico. Esto también explica por qué hasta el día de hoy no tenemos una

definición unificada de neuropsiquiatría en el Reino Unido. La definición norteamericana se ha hecho popular y esto ha alentado a los psiquiatras con orientación biológica a ultranza a llamarse a sí mismos 'neuropsiquiatras'.

Otros (como es mi caso) continúan definiendo a la neuropsiquiatría de una manera estrecha. Los primeros pueden ser encontrados en todos los ámbitos del tratamiento psiquiátrico; los últimos laboran en hospitales generales y desarrollan mucho trabajo de *'neuro-liason'* (este término lo introduje en una conferencia dictada en Wellington, Nueva Zelanda hace algunos años).

La neuropsiquiatría en Cambridge, Reino Unido.

En armonía con lo anteriormente mencionado, mi propio servicio clínico 'neuropsiquiátrico' está organizado desde el punto de vista estrecho de que la neuropsiquiatría es una rama de la psiquiatría que se ocupa de las complicaciones mentales de las enfermedades neurológicas. No creo que dicha práctica deba ser interpretada de algún modo como una declaración sobre la naturaleza de los trastornos mentales en general. Aun dentro de los confines de mi definición estrecha, parece claro que los pacientes neurológicos que desarrollan delusiones, alucinaciones, obsesiones, tristeza, ansiedad, etc., lo hacen a través de una variedad de mecanismos. Por un lado, existen las etiologías causales. Como mi trabajo sobre alucinaciones musicales y estados de irritabilidad en pacientes con enfermedad de Huntington mostró hace años, es posible demostrar una relación entre el síntoma y la localización cerebral o la repetición CAG, respectivamente. Por otro lado, los pacientes neurológicos tienen razones para sus síntomas, esto es, las enfermedades neurológicas ocurren a gente real y por lo tanto tienen contextos semánticos. Esto agrega una nueva capa de significado, hermenéutica y respuesta terapéutica. Los pacientes pueden mostrar copias conductuales de síntomas mentales y ellas no tienen la misma representación cerebral que los síntomas convencionales.

El trabajo clínico neuropsiquiátrico genera modelos clínicos que pueden ser transformados en paradigmas de investigación. No hay nada nuevo en esto y cada universidad usará una retórica diferente par vender lo que hace. Algunas se venden como instituciones de investigación que funcionan de arriba hacia abajo (esto es, ideas grandiosas que gobiernan la acción), en otras esto funciona de abajo hacia arriba (investigación de a pocos, a nivel inferior, que converge hacia arriba). Este es el caso del Campus de Neurociencias de la Universidad de Cambridge (el más grande en el Reino Unido) que incluye institutos de investigación y una suite de neuroimágenes que

¹ El Dr. Germán Berrios (geb11@cam.ac.uk) es un distinguido médico peruano, profesor de psiquiatría en la Universidad de Cambridge; allí dirige el servicio de Neuropsiquiatría, especialidad en la cual es pionero. La Traducción del original inglés pertenece al Dr. Armando Filomeno, a quien se agradece también la publicación de este texto, tal como lo editarla en su boletín APDA.

² El término hace mención a William Cullen, ilustre médico escocés del siglo XVIII (nota del traductor).

³ Podría traducirse como neuroenlace, pero se ha preferido mantener el término como aparece en el texto original (nota del traductor).

tiene, entre otras cosas, 12 magnetos de Resonancia Magnética. Mi Servicio de Neuropsiquiatría (6 clínicas) está conectado con la mayoría de los centros de investigación del campus. Por ejemplo, la clínica de Enfermedad de Parkinson proporciona pacientes para los grandes proyectos relativos a la expresión de receptores, resonancia magnética funcional, farmacología y neurocirugía. La clínica de Enfermedad de Huntington está situada en el 'Centro para Reparación Cerebral', donde alrededor de 12 pacientes que ya han recibido implantes de células fetales en su núcleo caudado son seguidos a intervalos de 3 meses. La clínica de Daño Cerebral Traumático está situada en el 'Oliver Zangwill Centre', la clínica cognitiva neuropsicológica de rehabilitación más importante de Europa. La Clínica de Trastornos del Sueño trabaja estrechamente con la 'Unidad Respiratoria' en el hospital Papworth, que incluye las instalaciones polisomnográficas más avanzadas del Reino Unido. La Clínica de Trastornos de la Memoria sirve al gran complejo de investigaciones en la memoria de la Unidad de Ciencias Cognitivas y Cerebrales, una facilidad del 'Medical Research Council', donde fueron desarrollados por primera vez los conceptos de funciones ejecutivas y memoria de trabajo; y mi Clínica Neuropsiquiátrica General está vinculada con las 'Clínica Neuroquirúrgica de Epilepsia' y la 'Clínica de Tinnitus', etc. Todas estas asociaciones clínicas-ciencias básicas crean oportunidades ideales para investigación traslacional, que ha sido tradicionalmente la manera británica de desarrollar nuevas ideas.

Los hallazgos

Cualquiera que sea el contexto clínico, los trastornos neurológicos se acompañan de componentes psiquiátricos, los que han sido conocidos durante mucho tiempo en los casos de la enfermedad de Parkinson, la Esclerosis Múltiple, la enfermedad de Huntington, la enfermedad de Wilson, la enfermedad de Binswanger, etc.; se ha sabido durante mucho tiempo que la severidad y el manejo de dicho componente ha sido más importante para la reintegración social que cualquier trastorno motor o sensorial. En otros casos, sin embargo, como en las taupatías, las mitocondriopatías, el CADASIL, la Adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X, etc. no se ha efectuado suficiente investigación para identificar el componente psiquiátrico. En todas las situaciones, una práctica inteligente provee al neuropsiquiatra de certijos cuya resolución tiene relevancia directa con la psiquiatría en general; dos de ellos serán discutidos brevemente a continuación.

Las implicancias: El acertijo diagnóstico

El neuropsiquiatra a menudo encuentra que hay una falta de encaje entre los fenómenos clínicos encontrados en el trabajo de *neuro-liaison* y las categorías psiquiátricas del ICD-10 y del DSM IV. Los pacientes neurológicos exhiben una variedad de síntomas mentales pero ellos a menudo son aislados o fugaces y raras veces adquieren una masa crítica para encajar en un 'diagnóstico psiquiátrico'. Esto plantea problemas teóricos y prácticos. Los primeros tienen que ver con su naturaleza y mecanismos de formación; los últimos, con su

manejo/terapia. En el Reino Unido, las terapias psiquiátricas son gobernadas por lineamientos gubernamentales estrictos, que están basados en ejercicios meta-analíticos y en evaluaciones de economía de la salud. Igualmente, los medicamentos psiquiátricos tienen licencia para trastornos específicos y comparten con los lineamientos los mismos conjuntos de ensayos clínicos randomizados. Antes de que los lineamientos empezaran a ser establecidos, los tratamientos psiquiátricos se basaban en una combinación de conocimiento psicofarmacológico, imaginación terapéutica y negociaciones específicas entre médico y paciente. Esto ya no ocurre y a menos que el paciente tenga un claro diagnóstico, no se le ofrecerá medicación pues esto expondría al clínico a una acción legal. En la neuropsiquiatría, esto es particularmente crítico pues los pacientes neurológicos tienen mayormente síntomas mentales y solo raras veces trastornos mentales. Además, la expresión de tales síntomas puede ser distorsionada por la presencia de déficits cognitivos, expresionales o emocionales relacionados directamente con las lesiones neuropatológicas.

Las implicancias: Las copias de la conducta y el problema de la formación de los síntomas

De acuerdo a lo dicho anteriormente, el neuropsiquiatra a menudo se pregunta si los síntomas mentales (y los trastornos mentales ocasionales) con los que se encuentra en el contexto de su práctica especializada son en realidad los mismos fenómenos clínicos que se ven en la psiquiatría general. Por ejemplo, ¿son las alucinaciones visuales de la enfermedad de Parkinson o de la demencia con cuerpos de Lewy los mismos fenómenos que se ven en un anciano melancólico con el síndrome de Cotard? ¿Es el trastorno afectivo asociado con accidentes vasculares cerebrales frontales el mismo de la enfermedad depresiva ordinaria? ¿Es la manía desencadenada por el tratamiento con esteroides la misma que la manía de un trastorno bipolar?

Estas comparaciones van directamente a la esencia de la psicopatología y cuestionan la capacidad epistémica del lenguaje de la psiquiatría, esto es su valor discriminativo. En el curso de los años estas preguntas han sido respondidas de diferentes maneras. En una época la respuesta era que las llamadas alucinaciones orgánicas eran fenómenos diferentes a las alucinaciones psiquiátricas. En la actualidad, el punto de vista predecible es que son, que deben ser los mismos fenómenos. La psiquiatría biológica es implacable en su reduccionismo y en sus esfuerzos por imponer su mecanismo causal. Muchos neuropsiquiatras con larga experiencia clínica en su oficio no están, sin embargo, tan absolutamente seguros. Ellos se preguntan a menudo sobre la posibilidad de etiologías múltiples y sobre la existencia de mecanismos que generen copias conductuales de los síntomas orgánicos, o postulan la hipótesis de que los sistemas expresionales en los humanos puedan tener un escaso repertorio y actúen como vías finales comunes a una variedad de desencadenantes, algunos orgánicos, algunos semánticos.

Tales hipótesis psicopatológicas generan acercamientos frescos al análisis de los síntomas mentales que solo pueden ser abordados por quienes tienen entrenamiento como psiquiatras. Ellas ofrecen un espacio natural y privilegiado para la investigación psiquiátrica. Desafortunadamente, es un espacio que está siendo abandonado por los psiquiatras, quienes quieren ser minineurólogos, miniirradiólogos o minigenetistas. La psicopatología descriptiva continúa siendo la fuente y el origen de todas las disciplinas auxiliares en psiquiatría, y por lo tanto tal diáspora debe lamentarse profundamente.

Mi Servicio de Neuropsiquiatría (6 clínicas) está conectado con la mayoría de los centros de investigación del campus [...]. La Clínica de Trastornos de la Memoria sirve al gran complejo de investigaciones en la memoria de la Unidad de Ciencias Cognitivas y Cerebrales [...] donde fueron desarrollados por primera vez los conceptos de funciones ejecutivas y memoria de trabajo [...].

guías.

- ¿Cómo explicarle a mi hijo que tiene TDAH? -

Lic. Ruben O. Scandar

Como padres de un niño con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es importante acrecentar los conocimientos sobre el TDAH desde la perspectiva más amplia y científica posible. Así, estarán en condiciones de ayudar al niño en la escuela y en el hogar. También de ayudarse a sí mismos como padres y parejas.

De la misma manera en que ustedes no serán padres exitosos en el afrontamiento de los desafíos que el TDAH nos propone sin esos conocimientos, tampoco lo será el hijo/a de ustedes.

Todo niño/a con TDAH enfrenta dificultades que cuestionan su autoestima y confianza en sí mismos. Los padres son la primera fila de defensa: aportando apoyo, comprensión y ayudando al niño a desarrollar tácticas y estrategias de afrontamiento cada vez más eficaces.

Los siguientes son consejos destinados a ayudarlos a encontrar una manera de comunicarse con sus hijos en torno al hecho de que tienen TDAH.

En primer lugar las cosas deben ser llamadas por el nombre apropiado

No vacile en llamar a las cosas por su nombre. Usted no buscaría eufemismos para explicarle a su hijo que tiene anginas o diabetes. Así es que si su hijo tiene TDAH, se le debe decir que tiene TDAH. Así de simple: "ese es el nombre con el que se estudian estos problemas que tienes": acto seguido se listarán descriptivamente de manera breve estas dificultades (si el niño es muy pequeño, se prescinde de la sigla, y se dice: tienes problemas para prestar atención o en conseguir que tu cuerpo se quede quieto mucho tiempo, etc.

Muchas personas que por miedo a rotular a su hijo vacilan en decirle abiertamente que tiene TDAH, en la creencia de que se instalará definitivamente en su mente la idea de que es "anormal", sin embargo, las mismas personas no logran contenerse cuando se enojan, en calificarlo de vago por su falta de motivación, de mal intencionado cuando olvida la realización de una tarea cotidiana, de estúpido cuando comete un error por descuido en sus tareas escolares, de malo porque impulsivamente se llevó por delante a la hermanito, etc.

Así es que debemos llamar a las cosas por su nombre específico. El uso de un lenguaje apropiado para referirse a sus dificultades le dará a su hijo todo el vocabulario para explicarse a sí mismos y a terceros qué es lo que le está pasando. Por ejemplo: "Tengo dificultades para prestar atención. Debo esforzarme más que otros niños para no distraerme".

El nombre de un trastorno no debe impedir que se exija al niño que tome una posición activa frente a su problema, ese es el camino para encontrar soluciones.

Informar es tranquilizar

El proveer de información a su hijo, como dijimos en el párrafo anterior, le permitirá al niño dialogar con los demás y consigo mismo de manera más apropiada. Ustedes deben comprender que el niño ya sabe que algo no está funcionando bien. Los problemas de autoestima de los niños con TDAH son el resultado de percibir que

los padres, que los docentes y compañeros se comportan diferente con él. Ahora estará en condiciones de comprender mejor porqué es tratado de manera diferente y podrá negociar la relación con estas personas en mejores condiciones. Ya no tendrá que pensar que es vago, malo o tonto. También, como veremos, lo capacitará al niño para conocer sus lados fuertes y débiles o más bien, sus necesidades: algo central a la hora de construir el éxito que implica superar cualquier dificultad y alcanzar los objetivos que uno se propone.

No sienta enojo ni lástima por su hijo o usted mismo

Antes de sentarnos a dar explicaciones deberíamos estar en paz con la condición que padece nuestro hijo. No es fácil, pero es de la máxima importancia. El enojo, la irritabilidad y el fastidio por todo lo que el niño no logra, no conducen a nada. La indulgencia excesiva producto de la lástima que nos agobia por sentirlo que "está enfermo" tampoco nos lleva por buen camino. Hay que aceptar que todos tenemos algunas discapacidades, así es que lo normal es no ser capaz de ciertas cosas y de otras sí. Cuando me paro delante de un auditorio y les digo: "Tengo una discapacidad y es de tal magnitud que uso una prótesis. Todos ustedes pueden advertirla, porque es fácilmente visible. Además, me doy cuenta que no soy el único aquí con la misma discapacidad". Muchas veces la alusión a mi discapacidad visual y a mis lentes demora ser advertida por el público. La idea de normalidad y anormalidad está metida en nuestras cabezas de una manera profunda y equivocada. Aceptar a nuestro hijo, quererlo con sus fortalezas y flaquezas es parte de nuestro deber de padres, como debemos hacer lo mismo con nosotros mismos. Si no podemos dejar de enojarnos o sentir lástima, haríamos bien en pedir ayuda para hallar paz espiritual en cuanto al tema. Luego podremos ser sabios y contenedores con nuestro niño.

Tenga una actitud de aceptación hacia su hijo

Manténgase abierto a escuchar y detectar las dificultades de su hijo. Si usted puede sentir aceptación por él, tendrá un fuerte impacto en la auto imagen y autoestima de su hijo. Si usted se enoja, el se sentirá despreciado. Es común que muchos padres pretendan manejar la condición de su hijo como si fuera un secreto de estado. El niño siente que el padre se avergüenza y esto, unido a las críticas y fallos cotidianos, hace que el niño sienta que está siendo juzgado de manera negativa cotidianamente. No se trata tampoco de que usted publique en el diario familiar nada, pero cuando surjan los temas, sería oportuno que se explique de manera clara, breve y franca sobre el trastorno de su hijo. En estos momentos, siempre es oportuno que señale claramente una frontera con las personas que converse, mucha gente bien intencionada querrá darle su "versión" de lo que le pasa a su hijo. Sea asertivo y maniéstele que "a partir de conocer lo que en verdad le ocurre a mi hijo me he ido informando, sé cada vez mejor como ayudarlo y estamos teniendo progresos; los profesionales que lo asisten me ayudan con las dudas inevitables, así es que te agradezco tu buena disposición, pero ..."

Adopte una adecuada perspectiva sobre la discapacidad. Hable acerca de las debilidades y fortalezas de las personas (¡Inclúyase!)

No creo que haya mejor manera de que un niño acepta sus lados fuertes y débiles que convivir con la situación cotidiana de personas que hablan, por ejemplo, de sus errores de manera natural y que revelan los planes para superarlo. En mi consultorio tengo un reloj especial muy a la vista. Lo uso con muchos fines, uno de ellos ayudarme a manejar el tiempo, lo comento a menudo con mis pacientes diciéndoles: "necesito tener frecuentes recordatorios de cuánto tiempo tengo para las cosas, a veces no sé cómo se me pasa el tiempo"; también les resulta útil ver mis recordatorios pegados en la cartelera o escucharme pedirle a mi secretaria que me recuerde tal cosa porque tengo miedo de olvidarme, en parte, porque no tengo ganas de hacer algo. ¡Mis pacientitos a veces deben pensar que estoy peor que ellos! Transmíto esto a los padres, porque creo que ellos son personas realmente importantes en la vida del niño y lo que ellos hagan en esta dirección, será más significativo que cualquier esfuerzo mío en la consulta. Por ejemplo, es bueno aprovechar la natural plasticidad que tienen los niños de hoy en día con las computadoras, para pedirles ayuda y mostrarles lo cabeza dura que a veces podemos ser. Por otro lado, los padres deben asegurarse de poner de manifiesto de manera más abrumadora los aspectos positivos que los negativos de sus hijos. Creo que todo padre debe andar a la caza de aciertos y no de errores: los cientos del éxito de su hijo serán sus lados fuertes, no sus debilidades.

No tengan miedo a que el niño lo tome como una excusa para eludir sus responsabilidades. Tampoco lo permitan.

El origen de la preocupación no es carente de lógica y, eventualmente, podría darse ante un manejo inapropiado de parte de los padres. Por eso la redacción del consejo que obra de título. El dar información al niño implica aceptar ante él que enfrente, en áreas específicas de su vida, mayores dificultades y que por ende requiere esforzarse más y la vez ayuda extra tanto de los padres o docentes. El diagnóstico de TDAH no es una excusa para ser desatento, saltando de un lugar a otro o respondiendo lo primero que se nos cruza por la cabeza: es la explicación de sus dificultades, de porqué requiere esforzarse más y de porqué necesita ayuda adicional.

La medicación es una ayuda: no la solución.

Muchos padres temen medicar a sus hijos por muchos motivos. Uno de ellos es que el niño se "apoye" en la medicación y no se esfuerce. En verdad el temor está bien intencionado y merece el máximo respeto, pero se evitan esos peligros si se presenta la medicación de la manera apropiada: por ejemplo: "La medicación te ayudará a concentrarte y a quedarte quieto. Hará que lo puedas hacer con el mismo esfuerzo que, te habrás dado cuenta que tus compañeros también deben esforzarse cuando algo los aburre, no les guste o le resulta difícil, ese también es tu caso". Pero también es importante aclararle que la medicación no hace todo por él y que por ejemplo, no lo organiza ni le fabrica planes. Así es que habrá que remarcarle que en muchas áreas será necesario que él se esfuerce. A veces le digo

a los pacientitos: "Si pongo un libro delante de tus ojos, no se lee solo. La medicación hace lo mismo, te ayudará a sentarte a hacer la tarea, pero la tarea, la tienes que hacer tú" o "la medicación hace que te cueste prestar atención igual que tus compañeros, habrás notado que ellos también a veces se aburren y necesitan esforzarse para hacer las cosas: ¡Muy bien! También tendrás que esforzarte". También es cierto que cuando llegan los logros, es muy importante centrarse en elogiar su esfuerzo.

Explique la naturaleza biológica del trastorno.

Los niños vienen de todas las formas y colores. Algunos nacen altos y otros no tanto: todo tiene su lado bueno y su lado mal. También es cierto, que unos tienen más capacidad para prestar atención que otros, unos viven organizando todo y otros no lo hacen tanto, unos disfrutan estando quietos y otros moviéndose; unos prestan atención a todos los detalles y se pierden lo general y otros al revés ... La cuestión es que nuestro cerebro tiene programas diferentes. La investigación científica claramente establece que el TDAH tiene un origen biológico y que no es el resultado de que los padres sean malos padres o que el niño sea un holgazán: ni los padres ni los niños tienen la culpa. Pero también es cierto, que son quienes deben buscarle la solución. Por ejemplo, cuando un pozo en el camino nos hace caer la caída no es nuestra culpa, si nos lastimamos las rodillas tampoco es nuestra culpa, pero será nuestra responsabilidad y nuestro trabajo curar nuestras rodillas y mirar de no caer en el próximo pozo.

Ponga el TDAH en contexto: no es un trastorno extraño.

Es importante que el niño no se sienta que es "extraño" o "raro". Por lo tanto, hemos de informarle que muchos niños tienen problemas, por ejemplo, de atención y que es algo lo suficientemente común como para que él conozca otros niños con la misma condición y que es muy probable que alguno de sus compañeros de clase tenga dificultades parecidas. Si uno de los padres sospecha que lo tiene, es bueno que lo verifique y que comparta esto con su hijo. En el caso que el niño nos refiera que se ha dado cuenta que tal o cual niño tiene problemas parecidos, se podrá explorar similitudes y diferencias. Siempre haremos hincapié en cómo afronta el problema o bien: ¿Qué hace?

Establezca adecuadas fronteras: ¿Qué es y no es TDAH?

En este aspecto es importante que el niño comprenda que el TDAH no es una manera simpática de decirle "tonto". Hay que señalarle que los niños con TDAH se distraen o tienen dificultades para controlar su movimiento o prestar atención, pero que no debe pensar que es tonto. Es bueno decirle que si a veces no resuelve un problema es porque no se da el tiempo para pensarlo, que puede haber estado distraído cuando le enseñaron a resolverlo o que no ejercitó lo suficiente; pero eso no es falta de inteligencia, sino que debes darte más tiempo para pensar, debes atender mejor a las explicaciones de la maestra, practicar hasta que todo te salga con facilidad.

Es bueno describir estas situaciones en forma positiva como lo acabamos de hacer. También es bueno que le señalemos que existen

personas que tuvieron muchas dificultades de aprendizaje y atención y que no por eso eran tontos, por ejemplo, Albert Einstein y Thomas Edison.

¡Cuanto antes mejor!

Los niños comienzan a percibir a temprana edad que tienen dificultades, problemas o diferencias que no alcanza a comprender apropiadamente. Son realmente muy sensibles a las diferencias y efectúan toda clase de de "odiosas" comparaciones, nos guste o no. Hagamos un poco de memoria. ¿No sabíamos quienes eran los mejores leyendo o resolviendo cálculos? ¿Quiénes eran los que "gambeteaban" mejor o corrían más rápido? Al fin de cuentas, cuando debíamos armar equipos para algo, sabíamos a quien nos convenía tener nuestro equipo. Por otro lado, los niños utilizan estas diferencias no solo para elegir compañeros de equipo, sino también para molestar o hacer burlas.

Así es que el niño, muy pronto sabe que hay diferencias: el problema es cómo se le explica y cómo ha de afrontarlo. Los padres que tienen un dialogo abierto y franco con su hijo desde un primer momento podrán ser fuente de explicaciones, apoyo y estrategias de afrontamiento.

Cree contextos favorables para hablar con su hijo

De la misma manera en que es apropiado tener momentos para jugar con los niños despreocupados de las necesidades de educarlos e instruirlos, simplemente disfrutando el hecho de jugar, es necesario hacerse un momento especial para dialogar.

Tener tiempo suficiente, libre de interrupciones, tranquilo y sin la carga de una tarea previa o posterior que cree tensiones. Además, se debe elegir un momento en que el niño se encuentre de buen humor. Por ejemplo, el niño ha venido lleno de rabia porque ha traído una mala nota de la escuela por su comportamiento ya que se burlaron de él y respondió a los empujones, cree que la maestra ha sido injusta y está de mal humor. No tiene ningún sentido intentar hablar con él. Debemos buscar un momento en que haya mejorado su humor.

Dialogue y sea breve

Los padres tenemos las tendencias a los discursos, conferencias e interrogatorios. La idea es dialogar, proporcionar apoyo y estar dispuesto a escuchar. Para eso es importante adoptar una actitud de genuino interés por el punto de vista del niño, hacer solo las preguntas necesarias y tratar de hablar de manera breve y simple. Además, es importante que usted tenga un plan: su hijo no puede "comerse y digerir" toda la "torta" de información de una sola vez.

En el ejemplo anterior, deberíamos quizás en enfocarnos en la cuestión de porqué cree que la maestra ha sido injusta y recordar que en un dialogo se puede evitar asumir la posición de juez y ser comprensivo: "comprendo que pienses que la Señorita ha sido muy injusta porque sólo te ha castigado a ti y no a tus compañeros". Veremos cuando es el momento de conversar de cuál es la manera más apropiada de afrontar las burlas, eso sucederá más rápido si se

ha creado una atmósfera de comprensión.

Adecue las explicaciones a cada momento del ciclo vital de su hijo y a sus características

Cada edad tiene sus propias capacidades cognitivas y emocionales y a cada edad le corresponde un lenguaje y una determinada capacidad de respuesta emocional. Proporcione la información que resulte relevante de acuerdo a la edad del niño y a su propio nivel de madurez. Puede ser útil utilizar palabras que él habitualmente utilice, es decir, su propio lenguaje. La cantidad de información se va ajustando a medida que el niño crece.

Se facilita mucho si los padres toman por costumbre dialogar con sus hijos y tratar de escuchar más y hablar menos.

Utilice comparaciones y metáforas simples

La simplicidad aquí es importante. En niños pequeños no debe abusar de ellas porque ellos tienden a tomarlas de manera bastante literal. Aunque hay algunas que pueden ser fáciles de comprender. Por ejemplo, suelo decirles a mis pacientes que yo, al igual que alguno de sus compañeritos, necesito de lentes para poder ver bien. Le cuento que desde pequeño necesité de ellos para ver igual que los demás y hacer las mismas cosas, le explico que su medicación (para los casos en que es necesario que la tomen) es una manera de ayudar a su cerebro a prestar atención. Los lentes ayudan a mis ojos y la pastilla "ayuda a tu cerebro". En otros casos, los niños se quejan de porqué tienen que trabajar más duro que los demás en un tema específico. En esos casos, es bueno disponer de alguna historia personal o de alguien de su conocimiento que le muestra como las personas aprendemos diferente y a velocidades diferentes.

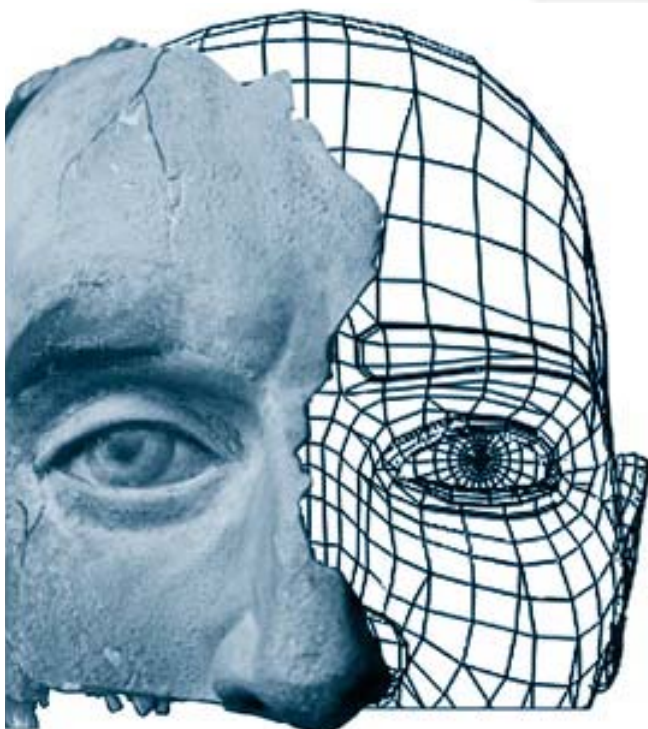
Planifique por anticipados las conversaciones con su hijo.

Cuando se hijo le sale con un tema difícil, no tenga miedo en dejarlo para después. Prepárese: piense el tema, convérsele con su esposa y si es necesario consulte con el profesional que los ayuda. Luego piense qué va a decir, cómo va a decirlo y anticipe obstáculos. Si es necesario ensaye con su esposo/a y luego proceda.

Tenga material disponible para su hijo

Existe una pequeña cantidad de material disponible en español que los niños pueden leer. Le sugerimos ver en la página web de www.addwarehouse y en la web del Grupo Albor Cohs donde puede encontrar un libro muy bonito "Ruben el niño hiperactivo".

Mitología y Ciencia en torno al TDAH



Mito

El niño/a no puede tener TDAH porque él no tiene problemas en prestar atención a lo que él realmente le interesa, por ejemplo, cuando juega en la PC.

Sobre esta sección

En esta sección presentaremos siempre un "Mito" que será rebatido por el conocimiento científico actual. A tal efecto, definimos como mito un conjunto de creencias relativamente estables, estructuradas y socialmente compartidas, al menos por un grupo social determinado. El método de construcción de estos mitos se enlaza con toda la historia del grupo pero se centra en las interpretaciones y explicaciones que se ofrecen a sí mismos en función de la realidad "vívida". Y definimos conocimiento científico actual como el estado, al momento de escribirse el presente texto, del conocimiento sobre un tema determinado. Ese conocimiento, debe estar construido con una metodología estricta, que es la que dicta el método científico y no en base a opiniones o creencias.

Conocimiento científico actual

Este es un mito bastante difundido y lo más triste, en ocasiones se escucha de parte de profesionales. El TDAH, en primer lugar, no es un trastorno que le impide a un niño concentrarse, no se trata de una cuestión de todo o nada, en segundo lugar, tienen dificultades para prestar atención a determinadas tareas sino el hacerlo por un período de tiempo prolongado, cuando deben hacer un esfuerzo ya que la situación no presenta refuerzos inmediatos o no es muy cambiante.

Contribuciones con TDAH Journal

La Fundación TDAH como toda entidad sin fines de lucro se sostiene íntegramente con el aporte de colaboraciones económicas, prestaciones y trabajo voluntario. A todos lo que quieran asegurar la marcha de nuestros proyectos, les agradeceremos se contacten con la presidenta de la Fundación TDAH, **Erenestina Montefusco de Pergolini**, al (54-11) **4687-3060** o bien por e-mail a tdah@tdah.org.ar.

Suscripciones y Compras

La suscripción anual con derecho a la recepción de cuatro (4) ejemplares puede hacerse por correo o personalmente a la dirección: Saladillo 2020 (C1440FFP), Capital Federal, Buenos Aires, República Argentina. Información adicional sobre las librerías que la expendan puede solicitarse telefónicamente al (54-11) 4658-1515 ó 4687-3060, por correo o e-mail a info@tdah.org.ar. También, podrá adquirirlas por internet entrando a: www.libreriapaidos.com

Correspondencia

Toda la correspondencia ligada a la "TDAH Journal" debe dirigirse a Saladillo 2020 (C1440FFP), Capital Federal, Buenos Aires, República Argentina o bien por e-mail: tdah@tdah.org.ar

Libros y Revistas



La actividad cerebral en adolescentes con TDAH: su evolución.

Schulz, K.P. Newcorn, J.H. Fan, J. Tang, C. Y., & Halperin, J. (2005) Brain activation gradients in ventrolateral prefrontal cortex related to persistence of ADHD in adolescent boys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (1) 47-54.

Se han publicado los resultados de un estudio sobre gradientes de activación cerebral en el cortex prefrontal de adolescentes con TDAH en el número de enero del 2005 del *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. En investigaciones anteriores se había señalado que las regiones frontoestriadas del cerebro y las funciones de control inhibitorio que ellas afectaban, tenían un rol central en la patofisiología del TDAH.

Los estudios han hecho notar las similitudes entre los déficits inhibitorios en individuos con TDAH y pacientes con lesiones frontales. Los estudios estructurales de Resonancia Magnética Nuclear de niños con TDAH, consistentemente han informado de reducciones del volumen del córtex prefrontal y del núcleo caudado por un lado y de regiones del cortex parietal y del cerebelo por el otro. Los estudios funcionales de Resonancia Magnética Nuclear (fMRI) de han hallado diferencias en la actividad cortical de los niños con TDAH, realizando tareas de inhibición de la respuesta (go/no go tasks).

En este estudio, 10 adolescentes que fueron diagnosticados con TDAH durante su infancia fueron estudiados con fMRI mientras realizaban tareas go/no go. La mitad de estos adolescentes continuaban reuniendo los requisitos de diagnóstico del DSM-IV y la mitad restante tenían una remisión sintomática suficiente para ser considerados como TDAH en remisión parcial.

Se utilizó un grupo control de cinco adolescentes varones que no tenían un historial de TDAH. Los investigadores evaluaron los gradientes de activación, prediciendo que la activación del área ventral del cortex prefrontal sería mayor en el grupo de los adolescentes con TDAH que en los otros dos grupos (grupo sin TDAH y grupo con TDAH en remisión parcial). Los investigadores hallaron que en la tarea go/no-go los adolescentes con TDAH cometieron un 33% más de errores por comisión y que tuvieron una mayor activación del área ventral del cortex prefrontal. Los TDAH en remisión temporal cometieron menos errores por comisión (23%) y tenían menor gradiente de activación que el grupo con TDAH.

El grupo control tuvo solo un 13% de errores por comisión y a la vez presentó el grado menor de gradiente de activación de los tres grupos.

Los investigadores han concluido que los cambios en el desarrollo de los síntomas con TDAH se asocian con cambios en la actividad del área ventrolateral del cortex pre-frontal.

Morfología cerebral

S. Carmona, O. Vilarroya, A. Bielsa, V. Trèmols, J.C. Soliva, M. Rovira, J. Tomàs, C. Raheb, J.D. Gispert, S. Batlle and A. Bulbena. Global and regional gray matter reductions in ADHD. A voxel-based morphometric study. *Neuroscience Letters*

Volume 389, Issue 2, 2 December 2005, Pages 88-93.

Los autores estudiaron las anomalías en la materia gris y blanca de un grupo de niños con TDAH utilizando un determinado protocolo de estudio de morfometría. La muestra consistió en 25 niños y adolescentes (edades entre 6 y 16 años) que presentaban TDAH de acuerdo al DSM-IVTR que se hallaban en tratamiento farmacológico y que fueron comparados con 25 niños y adolescentes voluntarios que no presentaban ninguna condición reconocida. Los cerebros de los niños con TDAH presentaron una disminución de volumen global del 5.4% en comparación al grupo control. Hubo con efectos específicos. No se encontraron diferencias en la materia blanca entre los niños con y sin TDAH. Los estudios son consistentes con investigaciones previas.

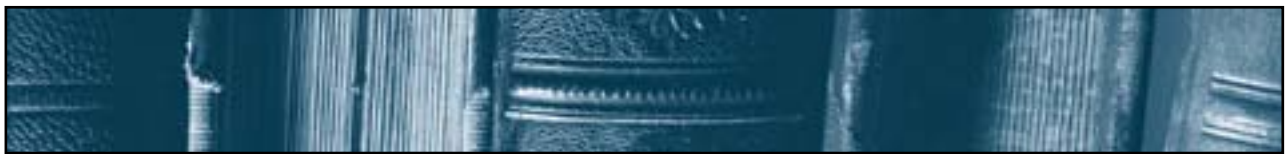
Inicio Temprano del Trastorno Bipolar

Joseph Biederman Stephen V. Faraone, Janet Wozniak, Eric Mick, Anne Kwon, Gabrielle A. Cayton and Sarah V. Clark : Clinical correlates of bipolar disorder in a large, referred sample of children and adolescents. *Journal of Psychiatric Research*

Volume 39, Issue 6, November 2005, Pages 611-622.

Los autores compararon la prevalencia, los correlatos clínicos y las comorbilidades de niños y adolescentes con trastorno bipolar que fueran evaluados al principio de los años '90 (primera cohorte) con aquellos evaluados en los últimos siete años (segunda cohorte). Se utilizaron entrevistas estructuradas para evaluar a 108 niños y 197 adolescentes con diagnóstico de bipolaridad conforme el DSM-III-R.

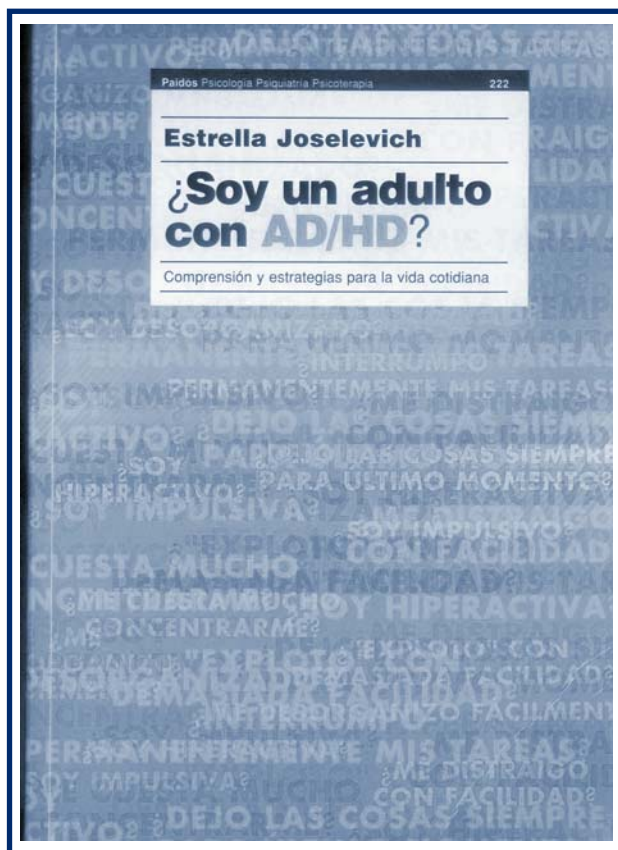
Se identificaron un 16% de los jóvenes con cuadros de Manía en ambas cohortes, que tenían un cuadro clínico caracterizado por síntomas mixtos e irritabilidad y que el curso era crónico. Los jóvenes con trastorno bipolar frecuentemente tenían comorbilidad con TDAH, psicosis y trastornos de ansiedad. También presentaron altas tasas de hospitalización.



psiquiátrica y evidencia de severo desajuste psicosocial. En conclusión, los autores vieron que las características de la bipolaridad eran consistentes en ambos grupos etarios (niños versus adolescentes) y en ambas cohortes (la primera y la segunda) aún después de pasados 10 años, lo que brinda apoyo a la hipótesis de que el trastorno bipolar en los jóvenes es una condición severa que afecta a una considerable minoría de pacientes niños y adolescentes referidos a la consulta. Estos hallazgos replican y extienden la caracterización que los autores han hecho sobre el hecho de que el trastorno bipolar de la infancia tiene un comienzo temprano, el cual puede representar un subtipo de trastorno bipolar del desarrollo.

Estrella Joselevich ¿Soy un adulto con AD/HD? Editorial Paidós

El libro de la Licenciada Estrella Joselevich que recientemente ha publicado Editorial Paidós en el medio local es un texto claro, didáctico y sencillo. Dotar a temas complejos y con fuertes repercusiones de estos atributos es un mérito que no debe desdeñarse. En definitiva, la autora de larga experiencia en el campo de la terapia relacional y en el campo del TDAH nos entrega un libro recomendable y que deseamos que sea leído ampliamente.



Libro del Mes de ADDitude Magazine (Enero-Febrero 2005) Survival Tips for Women with AD/HD: Beyond Piles, Palms & Post-Its, de Terry Matlen Specialty Press.

Se ha dicho de este libro que a diferencia de otros libros sobre TDAH, este no es lineal y estructurado. La terapeuta Ferry Matlen, quien admite tener la TDAH, ofrece un libro entretenido, de lectura fácil especialmente para aquellas personas con TDAH que gustan de saltarse partes y que está enteramente dirigido a la mujeres con TDAH.

La autora ha confesado que descubrir que el TDAH era la explicación para sus dificultades tuvo un efecto transformacional, ella comenzó a ser productiva y exitosa. De manera subsecuente, decidió compartir esta información y allí tenemos el libro.

Probablemente, el capítulo sobre el manejo del tiempo sea uno de los más interesantes por la alta practicidad de los consejos.

Memoria de Dígitos y TDAH

Eve N. Rosenthal, Cynthia A. Riccio, Kristen M. Gsanger and Kelly Pizzitola Jarratt; Digit Span components as predictors of attention problems and executive functioning in children. Available online 29 September 2005. Archives of Clinical Neuropsychology.

Este estudio examina la extensión de dígitos en forma directa y en forma inversa hallada en una muestra de 90 niños con un rango amplio de problemas clínicos, incluyendo Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Los grupos clínicos no diferían de los grupos no clínicos en habilidades cognitivas o desarrollo académico ya que se controlaron esas variables. Una vez que tales variables fueron puestas bajo control, emergió que la memoria directa de dígitos no mostraba diferencias, pero en cuanto a la memoria de dígitos inversa había notables diferencias entre el grupo de pacientes con TDAH inatento en relación al grupo de TDAH combinado, este último, rendía por debajo que el primero. Un análisis de regresión halló que el Coeficiente Intelectual explicaba la variación en las escalas parentales de atención y de funcionamiento ejecutivo de todo el grupo y que los dígitos directos era un predictor significativo solamente para una medida de dificultades de atención, pero cuando se consideraba niños con TDAH, esto ya no ocurría. Por consiguiente, los autores sostienen que Memoria de Dígitos Directa e Inversa, son constructos neuropsicológicos diferentes.



Periodismo en TDAH

Las niñas y los riesgos de padecer TDAH

El Dr. Joseph Biederman informó sobre un estudio desarrollado por su equipo, en la 158th Annual Meeting of the American Psychiatric Association (APA). Es el estudio más importante realizado hasta la fecha, comparando niñas con TDAH (140) de 12 a 17 años con niñas sin TDAH (122). El mismo verificó que las niñas con TDAH tenían más probabilidades de desarrollar trastornos depresivos, de ansiedad y de conducta que las niñas sin TDAH.

En el mismo encuentro científico, el Dr. Fred E. Reimherr de la Universidad de UTAH informó que en la población estudiada las niñas presentaban síntomas más severos que los varones, este es un hecho conocido, al parecer, el umbral que lleva a padres y docentes a solicitar la intervención en varones es más bajo.

En este sentido, como dijera el Dr. J. Biederman, en una comunicación personal al editor de este Journal, está claro que el subdiagnóstico y subtratamiento de "las niñas con TDAH es una forma de penalización".

El Dr. Reimherr, por otra parte, que los síntomas de perturbación emocional en la Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale (WRAADS) respondían a la atomoxetina de manera diferente según el sexo del paciente. La respuesta a la atomoxetina, en esta escala, fue mejor en las niñas que en los varones.

El hábito de fumar durante el embarazo y el TDAH

Las mujeres que continúan fumando durante el embarazo incrementan de manera notable las posibilidades de que sus hijos nazcan con una predisposición a trastornos del comportamiento, en especial TDAH.

Un nuevo estudio realizado en Dinamarca ha vuelto a confirmar este hecho, aunque con números más elevados de los conocidos previamente en población de los EE. UU.

El estudio dinamarqués ha hallado que las posibilidades de tener un hijo con TDAH se incrementan al doble si la madre ha fumado durante su periodo de embarazo. Estos estudios muestran una línea interesante en la prevención primaria del TDAH. Fuente: Linnet, K. Pediatrics, August 2005; vol 116: pp 462-467

TDAH y atención primaria en los EE.UU.

El estudio examina si los pediatras y médicos de familia siguen las orientaciones de la American Academy of Pediatrics en la atención de niños con TDAH. El Dr. Jerry Ruston y sus colegas buscaron describir estos profesionales efectuaban el diagnóstico y el tratamiento del TDAH, para determinar si la atención se realizaba en conformidad con las orientaciones de práctica de la American Academy of Pediatrics (AAP) y describir los factores asociados con la adherencia a tales orientaciones. Condujeron

una investigación por correo de 1.374 pediatras y médicos de familia en el Estado de Michigan (EE.UU.). Un 77% estaban familiarizados con las orientaciones de la AAP y un 61% informaron haberlas incorporado en su práctica clínica. Los pediatras (91%) reportaron estar más familiarizados con las orientaciones de la AAP que los médicos de familia (59%). La mayoría de los médicos informaron prácticas consistentes con algún componente individual de las orientaciones de la AAP para el diagnóstico y tratamiento del TDAH. De todas maneras, solamente un cuarto de los profesionales utilizaban de manera rutinaria los cuatro componentes del proceso diagnóstico sugerido. Algunos médicos continúan utilizando modalidades diagnósticas que actualmente no están recomendadas para el TDAH, por ejemplo, estudios de laboratorio sobre la función tiroidea, detección de niveles de plomo o de hierro. Con respecto al tratamiento del TDAH, el 66% informó que recomendaban de manera rutinaria el uso de farmacoterapia y que titulaban el fármaco en el primer mes, cuando éste era prescrito. De todas maneras, sólo el 54% informó que realizaba un seguimiento de rutina de 3 a 4 veces al año para los con TDAH que estaban tomando medicación. Otro 53% de los médicos, también recomendaban terapia comportamental. Los pediatras eran más proclives a recomendar medicación que los médicos de familia, pero éstos reportaron un seguimiento y evaluación más cercano del paciente que estaba en tratamiento farmacológico. Solamente el 32% de los clínicos estaban de acuerdo de que su comunidad tenía un acceso adecuado y fácil a los recursos de salud mental. Cerca de la mitad de los profesionales, informaron límites en la cobertura de los seguros médicos para la evaluación del TDAH. Los profesionales que condujeron la investigación informaron que los médicos de familia y los pediatras en general informaron estar conscientes de las orientaciones de la AAP para el TDAH y que seguían esas recomendaciones (Fuente: Rushton, J. L. Fant, K.E., & Clark, S. J. (2004). Use of practice guidelines in the primary care of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics, 114, e23-e28.

FDA: Nuevas Advertencias: Avisos sobre efectos indeseados a ser insertados en los prospectos

La agencia que regula en los EE.UU. los medicamentos ha pedido a todos los laboratorios que comercializan productos estimulantes que procedan a explicar de manera explícita, en los prospectos, los riesgos de provocar alucinaciones y cuadros psicóticos. Ha habido reportes de que en dosis altas (no utilizadas en los tratamientos), han aparecido estos efectos adversos de manera no muy clara. No obstante, Paul Andreason, a cargo del grupo de neurofarmacología de la FDA reconoció que se trata de drogas seguras y que su hija de 18 años hace, 10 años que se encuentra tomando medicación estimulante. De hecho, admitió cierta culpa, por haber demorado en iniciar el tratamiento farmacológico.



Alerta sobre Atomoxetina 1

Eli Lilly & Co. alertó a los profesionales médicos que detengan el uso de Atomoxetina en pacientes que presentaran ictericia o que exhibieran síntomas de problemas hepáticos. La advertencia emitida por el laboratorio fue realizada luego que al menos dos pacientes medicados con Atomoxetina desarrollaron problemas hepáticos. Ambos pacientes recuperaron el funcionamiento normal una vez que suspendió el uso del fármaco. Aunque preocupante, este dato debe ser puesto en el contexto de que 2.000.000 de pacientes han tomado atomoxetina desde que el fármaco salió a la venta en los EE.UU.

Toda prescripción farmacológica tiene riesgos que los médicos y pacientes deben considerar, que las complicaciones hepáticas no son comunes y que otras medicaciones (para los más diversos usos) han demostrado tener algunas de estas complicaciones hepáticas y no por ello se ha dejado de utilizarlas de manera confiable. De todas maneras, un porcentaje pequeño de pacientes que presenten severo daño hepático pueden desmejorar al grado de necesitar un trasplante o, eventualmente, morir. Estos hechos no se han asociado a la atomoxetina. Los expertos señalan que hay que estar alerta a los primeros signos y síntomas de disfunción hepática: pruritos, ictericia, orina oscura, distensión abdominal en la zona hepática o síntomas inexplicados de gripe.

En verdad creemos que esta alerta de Eli Lilly & Co. no debería generar un estado de preocupación particular, sino que invita recordar que asegurar el buen estado general de salud del paciente, como condición previa al inicio del abordaje del tratamiento, debería ser un hecho que jamás se deje de lado. La colaboración entre el médico tratante, neurólogo o psiquiatra con el pediatra o médico de familia, debería ser puesto en primer lugar.

Metilfenidato y Cáncer

El-Zein, R., Abdel-Rahman, S., Hay, M., Lopez, M., Bondy, M., Morris, D. & Legator, M. Cytogenetic effects in children treated with methylphenidate. *Cancer Letters*, In Press.

En un estudio preliminar realizado sobre un número pequeño de niños (12) se halló que después de sólo tres meses de tratamiento con metilfenidato por padecer TDAH, experimentaban un aumento pequeño pero alarmante de anormalidades cromosómicas asociadas a riesgos crecientes del cáncer y de otros efectos de salud adversos a largo plazo. Los investigadores creen que esta es la primera información que conecta el tratamiento con metilfenidato y cambios cromosómicos. Los investigadores del Centro M.D. Anderson de la Universidad de Tejas en Houston y de la rama de Medicina de la misma universidad en la ciudad de Galveston divulgaron la detección de las anormalidades en el journal *Cancer Letters*.

El estudio sugirió la posibilidad de que después de tres meses de medicación los análisis genéticos realizados en muestras de sangre comenzaron a mostrar anormalidades pero el profesor de Marvin Legator, investigador principal de este estudio, manifestó que en verdad "el estudio no significa que los niños

han de desarrollar cáncer, sino que significa que están expuestos a un factor de riesgo adicional "y eso siempre y cuando, los resultados del estudio se sostengan en el tiempo y no sean modificados o refutados por investigaciones posteriores. El profesor M. Legator agregó de los 53 agentes cancerígenos bien conocidos en el ser humano, 48 podían ser detectados utilizando la misma tecnología usada en este estudio. Otro investigador del mismo equipo, El-Zein afirmó que investigaciones más profundas y realizadas por otros centros médicos deberán llevarse a cabo y por tiempo más prolongado, para confirmar los efectos y a la vez, averiguar si las alteraciones cromosómicas observadas son reversibles o no, ya que la reversibilidad de este tipo de anormalidades también está bien descrita en la literatura.

Nota del Editor: Esta noticia tuvo una difusión lógica. Los padres de niños bajo tratamiento deberán actuar con cautela ante esta noticia ya que existen pocas alternativas al tratamiento del niño con TDAH y el no tratarlo también es un factor de riesgo. Por otro lado, como manifestó el Dr Matthew J. Hay, también miembro de este grupo de investigación: "Doce niños, de un solo médico, en un solo condado, representan una muestra demasiado pequeña para basar en ella alguna decisión" y además afirmó que si su hijo "estuviera tomando la medicación con una buena respuesta a ella, él haría lo posible para que la siga tomando" a menos que los estudios adicionales demostraran efectos similares. Por otro lado, se debe enfatizar que además del pequeño número, no hubo un grupo control que el único estudio disponible de relación entre cáncer y exposición al metilfenidato halló una proporción menor a la tasa esperada (Selby, J.V., Friedman, G.D. and Fireman, B.H. (1989). Screening prescription drugs for possible carcinogenicity: Eleven to fifteen years of follow-up. *Cancer Research*, 49: 5736-47.)

Alerta sobre Atomoxetina 2

Eli Lilly Interamérica desea comunicarle a Ud sobre nuevos datos de seguridad de su producto Strattera® (atomoxetina) indicado actualmente para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) en niños mayores de 6 años, adolescentes y adultos.

Basado en un meta-análisis de los datos obtenidos en estudios doble ciego contra placebo, se ha llegado a la conclusión que la administración de atomoxetina a niños y adolescentes con TDAH puede asociarse infrecuentemente con pensamientos o ideaciones suicidas, encontrado una diferencia estadísticamente significativa entre atomoxetina (6/1357 [0.44%]) y placebo (0/851). Los 6 eventos relacionados con comportamiento suicida (5 casos de ideación suicida y sólo 1 caso de intento de suicidio, luego de ingerir varias veces la dosis recomendada) ocurrieron en niños de 7 a 12 años de edad. No se registraron eventos en adolescentes mayores de 12 años, pero hay que tener en cuenta que solo representaron el 25% de la población estudiada. Dado el pequeño número de casos y la limitada información en alguno de los reportes, su relevancia clínica no resulta ser muy clara. No hubo ningún caso de suicidio en niños, adolescentes o adultos que utilizaron atomoxetina en estudios clínicos y tampoco existen indicios de un aumento de la ideación suicida en adultos.





Strattera® se comercializa en Argentina desde Marzo de 2004 y en Chile desde Octubre del mismo año. Hasta la fecha y desde su lanzamiento en Estados Unidos a fines de 2002, 3.5 millones de pacientes en todo el mundo fueron medicados con Strattera®. Se han reportado raramente comportamientos relacionados con suicidio en todo el espectro etario en el seguimiento de farmacovigilancia realizado luego de la comercialización (por ejemplo, en Europa se han reportado espontáneamente 14 de estos comportamientos).

Los médicos que prescriben atomoxetina deberán monitorear cuidadosamente la aparición o empeoramiento de comportamientos relacionados con suicidio en pacientes que la reciben.

Los pacientes y sus padres o personas a cargo, deberán ser informados sobre este riesgo y hacerles saber sobre los posibles signos y síntomas. Los datos no sugieren que deba discontinuarse el uso de atomoxetina en los pacientes que se benefician con su tratamiento y no experimentan estos efectos. Deberá considerarse la discontinuación del tratamiento con atomoxetina en cualquier paciente que experimente pensamientos o comportamiento suicida durante el tratamiento.

"Un chico sano no es demasiado tranquilo"

Así tituló el periodista de Clarín Sebastián A. Ríos al decir del psiquiatra A. Guedeney que visitó la Argentina en el mes de septiembre del año 2005. En la edición del 1 de octubre del diario Clarín de Buenos Aires figuran algunos de los siguientes comentarios:

"Un chico sano no es un chico demasiado tranquilo", dice el psiquiatra infantil Antoine Guedeney. Y esto que debería ser obvio hoy no resulta ser tan obvio, en tanto buena parte de sus colegas están más preocupados por la hiperactividad infantil que por prestar atención a aquellos pequeños que de tan mansos a veces pasan inadvertidos en el consultorio del pediatra.

Sería difícil no coincidir con el Dr. A. Guedeney autor de un reconocido libro (*L'attachement: concepts et applications thérapeutiques*, Masson, Paris 2002), de hecho en el campo del diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención, siempre es bueno recordar que un número significativo de niños desatentos no presentan síntomas de hiperactividad y muchos de éstos, tampoco de impulsividad. Aunque por el particular énfasis etario del test Dr. A. Guedeney, el tiene en mente otros posibles condiciones que podrían provocar que un niño se vincule de manera extremadamente pasiva con su medio.

El niño con fuertes síntomas de hiperactividad fácilmente será referido a la consulta por presentar altos niveles de comportamiento perturbador, pero el niño tranquilo, siempre será llevado más tarde a la consulta. Coincidimos con el Dr. A. Guedeney.

Lógicamente, todo niño inquieto no es hiperactivo ni todo niño excesivamente tranquilo es un desatento puro. Efectivamente, hay otras posibilidades.

Lo interesante del trabajo del Dr. A. Guedeney y que fue motivo de su visita a la Argentina fue el de promocionar un test que permita identificar el retraimiento en niños muy pequeños (2 meses a 2 años).

En la nota periodística el psiquiatra francés señaló que cuando el bebé no está jugando lo suficiente, se ve triste o está demasiado tranquilo. El problema es que lo habitual es que los padres no se quejen cuando su hijo es demasiado tranquilo. Pero un chico sano no es un chico demasiado tranquilo. Luego explica que "el desarrollo no es algo que se produzca por sí mismo. El bebé tiene un impulso muy fuerte de curiosidad, lo que lo lleva a interactuar con las cosas: va hacia el mundo y las agarra. "¿Qué es esto?", se pregunta. Se muere por agarrar cosas, analizarlas, darlas vuelta. Hace experimentos todo el tiempo, tratando de analizar el mundo. El desarrollo es un proceso activo de interacción entre el bebé y su medio ambiente. Por eso, la retracción significa un tiempo perdido para el desarrollo".

Finalmente comenta que detrás del retraimiento en niños tan pequeños: "Las dificultades sensoriales, como problemas de la audición y de la visión, son las causas principales. Aunque las deficiencias auditivas se pueden diagnosticar al poco tiempo de nacido, cuando aparecen más tarde son más difíciles de detectar. Y lo mismo ocurre con las dificultades visuales. Otra causa de retraimiento es el dolor. Aunque el dolor agudo causa excitación y agitación, si es muy alto y permanece por mucho tiempo, el chico se retrae. Otra causa frecuente es el estrés postraumático; cuando la familia tuvo un accidente de auto, por ejemplo, y el bebé no se lastimó, pero los padres están shockeados y piensan: "Gracias a Dios al bebé no le pasó nada", a veces no se dan cuenta de que ellos han desaparecido para el bebé. El estrés postraumático conlleva desórdenes en las relaciones y el bebé que es tan dependiente de ellas se retrae. También está el autismo entre las causas de retraimiento, que por suerte no es tan frecuente".

Finalmente, mencionó que "el test consiste en todo lo que habitualmente hace el pediatra con un bebé. Primero lo mira a la cara, buscando una expresión; entonces, se ve la forma en que éste mira. Habitualmente no hace falta buscar su mirada: el bebé lo busca a uno, lo interroga con la vista, le pregunta: "¿Quién es?". Después vienen otros ítem más complicados, que requieren el entrenamiento del pediatra y que tienen que ver con escuchar al pequeño. Un bebé saludable hace ruido: habla, trata siempre de decirnos algo".

"Distraídos" ¿Quiénes?

En una nota firmada por Liliana Carbello el 18 de agosto del año 2005 en Clarín en que hace un reportaje sobre la distracción a la licenciada Adriana Serebrenik nos encontramos con algo tan llamativo que en ningún momento la periodista y/o la entrevistada mencionen que además de los motivos de estrés circunstancial o de las distracciones esporádicas, existen una serie de condiciones que se acompañan de distractibilidad y que no tienen nada que ver con lo sugiere la especialista. La Lic. A. Serebrenik menciona que "Las distracciones instaladas permanecen en el tiempo y se asocian con la pérdida de memoria, algún temblor, falta de concentración, nerviosismo e insomnio. En este caso se requiere un chequeo más profundo."

Nota del Editor. Este comentario último es apropiado especialmente para adultos mayores de 45 años diríamos





nosotros ya que por la manera de describir el cuadro la profesional está pensando en cuadros muy ligados a la edad.

Nosotros agregaríamos que siempre que un buen número de condiciones psiquiátricas pueden presentar altos síntomas de distractibilidad, una de las más habituales es la depresión. ¿Acaso no es común ver en el SPECT de un paciente depresivo la hipoperfusión del cíngulo anterior a la vez que el paciente nos narra lo difícil que le resulta controlar su atención? En esos casos, normalmente la hipoperfusión desaparece con el uso de inhibidores de recaptación de la serotonina (los IRS están más investigados pero no son los únicos, también mejora con una terapia cognitiva), a la vez que el paciente recupera su atención normal.

Las dificultades atencionales persistentes en la vida adulta que han comenzado desde la infancia mayoritariamente se deben al TDAH eso es lo más acertado. Pero también es acertado decir lo inverso, aunque de manera más contundente. Las dificultades atencionales persistentes que se instalan en la vida adulta nunca son TDAH en sentido estricto. Resulta llamativo que un trastorno que afecta al 4% de la población adulta no haya sido parte de la nota. Distráidos: ¿Quiénes?

18 Jornadas de Actualización - Mendoza 2005

El Centro Neurocognitivo Infanto Juvenil y Neuroinfant organizaron los días 5 y 6 de Agosto las 18. Jornadas de Actualización en Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la ciudad de Mendoza, Argentina.

Los doctores. Javier Adi, Claudio Michanie, Víctor Ruggieri y los licenciados Eleonora Giusti y Ruben Scandar expusieron sobre: "Impacto del Niño con TDAH en la Familia"; "Entrenamiento Parental en TDAH"; "Funciones Ejecutivas y TDAH"; "TDAH: Generalidades, Neuroanatomía, Herencia y Genética"; "TDAH y Trastornos depresivos y bipolares"; "Trastornos del Desarrollo y Comorbilidad" y "TDAH en la Adolescencia. Enfoque sistémico cognitivo".

El público colmó las instalaciones y siguió atentamente a los profesionales en sus disertaciones, jerarquizando el evento con preguntas atinadas e inteligentes.

Fue muy evidente la necesidad de los padres de contar con mejores oportunidades de tratamientos psicosociales.

II - Conferencia de la Fundación TDAH - Los días 1 y 2 de Septiembre la Fundación TDAH celebró su encuentro anual, ver el artículo respectivo.



Cursos 2006

La Fundación Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad está elaborando una serie de cursos anuales intensivos para el año 2006, con el fin de atender los requerimientos habituales que recibimos de parte de la comunidad. Los mismos se desarrollarán a lo largo de todo el año en la Ciudad Autónoma de Bs. As.

- **Trastornos Disruptivos del Comportamiento: Tratamiento Multimodal.**
- **Curso Anual de Coaching en TDAH.**
- **Trastornos Específicos de Aprendizaje: Descripción y Abordaje.**
- **Curso on-line de TDAH dirigido a Profesionales.**
- **Curso on-line de TDAH dirigido a Padres (inicio en Abril 2006)**

La Fundación TDAH por otro lado, continuará dando apoyos a los grupos de profesionales y asociaciones de padres de la Rep. Arg. mediante capacitación a realizarse en distintos lugares del país en la medida en que lo soliciten. Agradeceremos su contacto con la Fundación a los efectos de hacerlos posible.



Tel/Fax: (54 11) 4658-1515 - www.tdah.org.ar / e-mail: info@tdah.org.ar



II Conferencia de la Fundación Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Los días 1 y 2 de septiembre del año 2005 celebramos la "II Conferencia" con 600 asistentes en las distintas categorías de evento: padres y docentes; profesionales médicos y profesionales de las ciencias de la salud y la educación.

Recorrimos un nutrido temario, enfocado en las múltiples necesidades de todos los asistentes y las repercusiones han sido muy buenas, esperando poder repetir en años venideros.

El Lic. Ruben O. Scandar en su calidad de Secretario de la Conferencia y Director de Docencia e Investigación pronunció las palabras en la apertura y dio lugar a la Conferencia Magistral de Apertura a cargo de la Dra. Glorisa Canino (Foro de Profesionales) y Dr. Rodrigo Chamorro Oschilewsky (Foro de padres y docentes).

El Lic. Ruben O. Scandar leyó un texto que circula por distintos medios y firmado por distintos profesionales de la salud, afirmando que más allá de que se pueda compartir o discrepar, han demostrado tener una intolerancia que no es apropiada a la discusión científica o a la relación amable entre pares. Más allá de contestar a los desacuerdos, se limitó a pedir a los asistentes a que reflexionaran y que utilizaran los conocimientos que se habrían de volcar en la conferencia para mejor interpretar la situación.

La Conferencia contó con el auspicio de:

Universidad de Buenos Aires - Facultad de Medicina
Universidad de Morón - Facultad de Filosofía, Ciencias de la Educación y Humanidades.
Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires.
Asociación de Psicopedagogos de Capital Federal.
Asociación de Psicólogos de Buenos Aires - APBA.
Asociación de Psiquiatras Argentinos - APSA.
Asociación Argentina de Logopedia, Foniatría y Audiología - ASALFA.
Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito IV.
Federación de Psicólogos de la República Argentina.
Sociedad Argentina de Investigación Clínica - SAIC.
Sociedad Argentina de Medicina.
Sociedad Argentina de Pediatría - SAP.
Sociedad de Neuropsicología de Argentina - SONEPSA.
Sociedad Neurológica Argentina - SNA.

La Fundación, agradece a los colaboradores y profesionales amigos de la Fundación que moderaron las diferentes conferencias.

Dr. Claudio Jehín; Prof. María Esther Renalías; Moderador: Lic. Adriana Gordon; Lic. Ruben Scandar; Lic. Lilia Rosso de Alliani; Sra. Laura Gutman; Lic. Lidia Buzzella; Sra. María Teresa Hill; Lic. Mariano Scandar y Lic. Graciela Buonomo.

También queremos agradecer a las distintas empresas: librerías y miembros de la industria farmacéutica que nos acompañaron en el esfuerzo. **Beta S.A., Editorial Distal., Eli Lilly Interamerica Inc., Gador S.A. Janssen Cilag Argentina S.A., Neuropharma, Novartis Argentina S.A., Rontag S.A.**

Finalmente, para concluir, una nota de gratitud para Innovar Congresos que ha organizado nuestras dos conferencias de manera satisfactoria.

A continuación, el que fue el programa definitivo de la Conferencia.



CONFERENCIAS EN ORDEN DE PRESENTACIÓN	DISERTANTE	PAIS
Discurso de Apertura: Desafíos de la intolerancia	Lic. Ruben O. Scandar	Argentina
Conferencia Magistral de Apertura: "El uso de Medicamentos en niños con TDAH en Puerto Rico y California"	Dra. Glorisa Canino	Puerto Rico
"Diagnóstico Diferencial: TDAH y Trastorno Bipolar Infantil"	Dr. Pedro Heydl	Argentina
"ADHD del Adulto: Neurobiología, diagnóstico y Tratamiento"	Dr. Facundo Manes	Argentina
"El TDAH y la Neuropsiquiatría Pediátrica"	Dr. Armando Filomeno	Perú
"TDAH y Epilepsia: Actualización"	Dr. Hugo Arroyo	Argentina
"Errores y Horrores en el Diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención"	Dr. Jaime Tallis	Argentina
"Evaluación Psicopedagógica en Escolares de Nivel Inicial para la Detección de Factores de Riesgo"	Dr. Arturo Pinto Guevara	Chile
"Rol del Neuropediatra en el Diagnóstico y Tratamiento del TDAH"	Dr. Guillermo Agosta	Argentina
"Perfiles Neuropsicológicos en ADHD en Adultos y Niños" (Simposio SONEPSA)	Lic. Marina Drake y Dra. Nora Grañana	Argentina
"Como Despertar la Motivación en Personas con TDA"	Dra. Marina Peña	Costa Rica
"Atención y Trastornos de Aprendizaje"	Prof. Dra. M. Antonieta Rebollo	Uruguay
Conferencia: "TDAH y Comorbilidad Psiquiátrica" - Casos Clínicos	Dr. Claudio Michanie	Argentina
"Miedos y Controversias del Tratamiento Farmacológico del ADHD"	Dr. Guillermo Bernaldo de Quiros	Argentina
"Entendiendo a los Niños con TDAH"	Sra. María Teresa Hill	Uruguay
"Trastornos del Lenguaje y la Lectura. Comorbilidad en TDAH. Abordaje y Estrategias de Intervención en el Preescolar"	Lic. Graciela Martínez - Prof. María Esther Renalías	Argentina
"Diferencias por Aprender"	Ma. E. Carolina Fernández	R. Dominicana
"Inteligencia, Diversidad Cognitivo-Emocional: Un Desafío Para La Familia Y La Escuela"	Dr. Rodrigo Chamorro Oschilewsky	Chile
"Estrategias y Sugerencias Pedagógicas en Niños con TDAH"	Lic. Roberto Paterno	Argentina
"Terapia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en los Adultos"	Dra. Doris Ryffel - Rawak	Uruguay/Suiza
"Trastornos por Déficit Atencional y Trastornos de Ansiedad en el Síndrome de Tourette: Clínica y Tratamiento"	Disertante: Dra. María Beatriz Moyano	Argentina
"Del espectro impulsivo-agresivo al trastorno del comportamiento disruptivo: clínica y tratamiento farmacológico"	Dr. Fernando Zan	Argentina
Conferencia: "Neuroplasticidad, Emoción y Cognición"	Dr. Rodrigo Chamorro Oschilewsky	Chile
"Aspectos Genéticos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad - TDAH"	Dra. Claudia Arberas	Argentina
"Trastornos por Déficit de Atención y Modafinilo"	Dr. Claudio Pujadas	Argentina
"Trastornos de la Atención en el Autismo"	Dr. Víctor Ruggieri	Argentina
"La Sexualidad en el TDA. Conociendo las Diferencias"	Dra. Gabriela Delgado Paulsen	México
"El A.D./H.D. en Adultos Evaluación y Asistencia"	Lic. Estrella Joselevich	Argentina
Conferencia: "Autoestima y TDAH. Técnicas de Intervención"	Lic. Viviana Kelmanowicz	Argentina
"Pautas Psicoeducacionales para la Escuela y el Hogar para Niños y Adolescentes con Síndrome de Tourette"	Dra. María Beatriz Moyano	Argentina
Conferencia: "Terapia Cognitiva en Adultos con TDAH"	Lic. Eleonora Giusti	Argentina
Conferencia: "Coaching para el TDAH"	Sra. Beatriz Duda	Perú
"Desarrollo de Instrumentos: Reconstruyendo el TDAH"	Ma. Emma Carolina Fernández	República Dominicana
"TDAH: Las Relaciones entre Padres y Maestros"	Lic. Regina Ferrari de Camacho	México
Conferencia: "Los Límites, una Oportunidad de Vida"	Dra. Gabriela Delgado Paulsen	México
"TDAH y Síndrome de Tourette"	Dr. Armando Filomeno	Perú
"Factores Asociados a los Subtipos de TDAH en Niños y Niñas de una Muestra de Comunidad"	Dra. Glorisa Canino	Puerto Rico

TDAH en la World Wide Web

Con la aparición de este número de TDAH Journal "Terremotos y Soñadores" cumpliremos en poner en marcha el proyecto de "E-News TDAH" remitiendo a todo a quien lo solicite informaciones sobre los sucesos, informaciones y reflexiones en el campo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y sus trastornos comórbidos.

Para evitar agobiar la capacidad de cada casilla de correo electrónico los mismos serán breves y en los casos que hagan referencia a un artículo mayor brindará el vínculo para que el interesado pueda bajarlo de internet. Todos quienes quieran suscribirse deben enviar sus datos personales y/o profesionales a enews@tdah.org.ar

Esperamos que este nexos con la comunidad sea de gran ayuda.

www.tdah.org.ar (Español)

Fundación Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

El checklist PSC tiene una página web:

<http://healthcare.partners.org/psc/>

La página web del Chadd (www.chadd.org) se ha segid enriqueciendo con artículos en español, lo mismo ha ocurrido con la página de del National Health Institute de los USA.

<http://www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.cfm>

Attention Deficit Disorder Association. Es una asociación norteamericana dedicada al TDAH en adultos, con una interesante página web con gran cantidad de artículos de divulgación en TDAH, escritos en inglés.

<http://www.add.org>.

Una página web altamente interesante es

<http://www.add.news.com>

www.tdah.org.ar