

# **TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL CON O SIN HIPERACTIVIDAD (TDA/H)**

---

**Consideraciones para iniciar o mantener un  
tratamiento con fármacos y sin ellos**

**Información para un consentimiento  
informado en menores  
(Versión resumida)**



# ÍNDICE

ATECEDENTES / INTRODUCCIÓN.....	5
1. Sobre el diagnóstico TDA/H.....	6
2. El tratamiento farmacológico.....	7
3. Eficacia del metilfenidato.....	7
4. Efectos indeseados del tratamiento farmacológico.....	9
5. Otros fármacos.....	10
6. Los tratamientos no farmacológicos.....	10



## **ANTECEDENTES**

*Este documento surge de los encuentros del Grupo de Clínica Infantil del Colegio de Psicólogos de Navarra, que durante numerosas sesiones se ocupó de analizar la situación actual de los niños con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA/H). Esos encuentros motivaron a saber e indagar sobre diferentes aspectos asociados al TDA/H, algunos de estas áreas permanecen en intensa controversia en todo el mundo, y al día de hoy sigue abierta. Las perspectivas de los diferentes integrantes de estos encuentros y las conversaciones con otros clínicos, psiquiatras y psicólogos, llevó a explorar abundante bibliografía, y tras volver a contrastarla con los clínicos, trajo al papel esta información que aquí se ofrece, que es conocida en otros países, con la esperanza de que sirva de ayuda a las personas próximas a quienes son diagnosticado con este trastorno.*

*Muchas personas ponen en tratamiento a sus menores sin conocer bien las limitaciones y lo que aporta el tratamiento, sea farmacológico o de otro tipo. Este es un documento informativo para quienes tengan que tomar decisiones respecto a estos niños, o se interesen por ellos, consideren una información más amplia y diversa que la habitualmente accesible en nuestro entorno. Y ello les permita contemplar más fundadamente sus elecciones. No obstante hay que recordar que un documento no puede suplir al clínico que atiende a los menores diagnosticados con TDA/H.*

*Este documento tendrá una reconsideración anual, que incluya las nuevas investigaciones que se realicen en este campo.*

Mikel Valverde, Psicólogo Clínico.  
valverdema@hotmail.com  
Febrero de 2013

## INTRODUCCIÓN

La información que se presenta aquí pretende ayudar a tomar decisiones acerca del tratamiento farmacológico o de otro tipo para el TDA/H (Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad). Si Vd. es allegado de alguien a quien se ha diagnosticado de TDA/H y se le ha propuesto tratamiento medicamentoso este texto puede serle de ayuda para comprender mejor ese tratamiento, tanto su alcance como sus limitaciones.

La información que aquí se le ofrece ha sido discutida por un grupo de profesionales psicólogos de Navarra, que se reúnen periódicamente, interesados en los aspectos clínicos de Salud Mental en la infancia y adolescencia. *Este texto es un resumen de otro más amplio sobre el tratamiento del TDA/H al que Vd. puede acceder.*

Conviene recordar que estos textos no pretenden reemplazar al clínico que trata a su allegado, aunque si lo desea puede consultarle las cuestiones sobre el tratamiento que aquí se muestran.

Creemos que este tipo de información, que aquí presentamos, debiera darse a los allegados del menor, aunque constatamos, con muchos otros profesionales de este campo, que con frecuencia la familia y el paciente no la han recibido.

### 1. Sobre el diagnóstico TDA/H.

Para realizar el diagnóstico TDA/H se considera el comportamiento del menor en tres áreas: movimiento, atención e impulsividad.

El diagnóstico TDA/H es descriptivo; esto quiere decir que simplemente observando suficientes signos en esas áreas se da el diagnóstico, sin necesidad de considerar el sentido de la conducta del menor.

Este es un tipo de diagnóstico muy diferente al habitual en medicina. No hay pruebas físicas, como análisis o neuroimagen, que permitan decir si el niño tiene TDA/H. Al diagnóstico TDA/H se le denomina trastorno para diferenciarlo de enfermedad.

El evidente gran incremento de menores con TDA/H en los últimos años no obedece a que existan hoy mejores medios para diagnosticar, sino que ello depende de factores extraclínicos. A mediados de los años 70 se consideraba que había 2 cada cien mil menores con una condición

similar al TDA/H, y hoy se preconiza que puede haber más de 10 por cada cien.

Hay muchas guías de práctica clínica sobre TDA/H, realizadas y editadas por los departamentos de sanidad u otros grupos preocupados en el TDA/H, en el mundo, que pretenden orientar a los clínicos. Entre todas ellas, solo la Guía española del Ministerio de Sanidad y Consumo considera que el TDA/H es un trastorno neurobiológico, y esta es una apreciación poco ajustada a los hechos. Los niños que llegan a ser diagnosticados de TDA/H provienen de problemáticas muy diferentes en unos u otros y su comportamiento puede tener diferentes sentidos.

Este campo clínico permanece dentro de un fuerte y extenso debate en todo el mundo, y no solo sobre la condición TDA/H, sino también en la forma de tratar a los niños que presentan problemas.

Decirle a un niño, y/o a sus padres, que se comporta de forma inadecuada debido a que está enfermo es un tipo de mensaje que puede resultar dañino, ya que de esa forma se le dice que su conducta y actitudes no recaen bajo su control, como ocurre en los demás niños.

## **2. El tratamiento farmacológico.**

Una parte de los profesionales psiquiatras y psicólogos opinan que si el niño ha sido diagnosticado con TDA/H debe ser puesto en tratamiento con metilfenidato o atomoxetina. No es lo que propugnan buena parte de las guías de práctica clínica del mundo, aunque si la española, en las que el fármaco solo se contempla cuando han fracasado los intentos de manejo psicosocial y pedagógico, o en casos severos.

Las guías también indican que además de medicar al menor, se debe ayudar, a él o sus padres, psicológicamente y pedagógicamente.

Hay profesionales que afirman que este fármaco debe utilizarse a largo plazo, y es frecuente encontrar niños en tratamiento durante cinco años o más.

## **3. Eficacia del metilfenidato.**

- a) En los estudios más rigurosos (controlados, aleatorizados a doble ciego) el metilfenidato ha resultado más eficaz que el placebo (una capsula con azúcar, por ejemplo) a las cuatro semanas, pero no en todos los estudios. En cambio en este mismo tipo de

estudios más prolongados en el tiempo ninguno ha encontrado que el fármaco sea más eficaz que el placebo.

- b)** En otro tipo de estudios a medio plazo, que permiten comparar trayectorias entre niños medicados y no medicados, como es el caso del MTA (solo existen el MTA y el estudio RAINE, recientemente publicado) los niños que tomaron el fármaco mejoraron un poco más que los que participaron en una terapia conductual sin fármacos, que era una terapia psicológica algo obsoleta, con la que también mejoraron bastante. Las diferencias entre unos y otros fueron pequeñas y los medicados solo mostraron ventajas en atención y en movimiento, pero en ningún otro aspecto, como agresividad, comportamiento, estudios, relación padres e hijos, etc. Estos datos se obtuvieron a los 14 meses después de iniciarse el tratamiento.
- c)** A más largo plazo, a los tres años, en el estudio de seguimiento MTA los niños no tenían ninguna diferencia. Tanto si tomaron fármacos como si realizaron terapia conductual no había diferencia entre unos y otros, en ningún aspecto.
- d)** El MTA a los ocho años. En este momento los que tuvieron "terapia conductual solo" tenían los mejores resultados en muchas áreas, y no había ninguna en las que a los medicados les fuera mejor. Los niños medicados necesitaron más apoyo escolar, mostraron empeoramiento en las dimensiones de impulsividad y atención, y tenían un peor funcionamiento global, incluyendo tendencias antisociales y uso de sustancias. El estudio RAINE, la otra investigación que estudia trayectorias a largo plazo entre los que usan fármacos y los que no, encontró que la posibilidad de ir mal con los estudios se multiplicó por 10 entre los que tomaron fármacos.

Estos estudios hablan de un efecto positivo no mucho mejor que con terapia conductual solo, y muy limitado en el tiempo, los primeros meses de tratamiento, y un empeoramiento del comportamiento posterior si se mantiene el uso del metilfenidato.

Respecto a la atomoxetina, con menos estudios aún, puede que no sea muy diferente. De hecho parecer ser efectivo en menos gente, a corto y medio plazo (2 años). Y los efectos indeseados son similares.



#### **4. Efectos indeseados del tratamiento farmacológico.**

Además del posible empeoramiento del comportamiento y en los estudios, que ya hemos señalado, hay diversos efectos directos del fármaco que conviene conocer.

El uso de metilfenidato, o de atomoxetina, incrementa la presión arterial. Lo que significa riesgo cardiovascular mientras se está tomando el fármaco y también después, ya que el efecto puede ser permanente, y no conviene desdeñarlo.

Estos fármacos disminuyen el ritmo de crecimiento. Es meridianamente claro en el caso del metilfenidato. También ocurre con la atomoxetina, pero hay menos estudios, y se piensa que su efecto de retardo con este fármaco en el crecimiento es más notable al principio de tratamiento. Seguramente este no es un problema de talla y peso únicamente, de hecho las pruebas apuntan a un retardo generalizado de la maduración que implica a todos los órganos, incluyendo el sistema nervioso.

A través de ensayos con animales se sabe que la toma de metilfenidato retarda la mielinización, o "cableado", del sistema nervioso y el crecimiento de las dendritas, es decir disminuye la conectividad neuronal. Este es un aspecto importante para la maduración correcta del sistema nervioso. También retarda la formación del cartílago.

Se comienza a estudiar el impacto en el sistema endocrino u hormonal y parece que afecta a varios de estos sistemas. En estudios con animales se ha comprobado que retrasa la pubertad de forma amplia.

La exposición temprana, en edades jóvenes, al metilfenidato se ha considerado como factor de riesgo en el sistema nervioso, por hipersensibilización, y por estudios en modelos animales se cree que puede conllevar algún tipo impacto permanente.

Hace disminuir la actitud propia de la infancia. Bajo sus efectos hay menos curiosidad, menos flexibilidad cognitiva, menos capacidad de disfrute y de asombro, menos espontaneidad y demás aspectos propios de la infancia, es decir se comportan como si fueran menos niños.

Pueden aparecer efectos indeseados agudos como incremento de problemas con el dormir, crisis psicóticas, irritabilidad, agresividad, tics, y mayores problemas con la atención. Algunos de estos efectos se dan en porcentajes próximos al diez por ciento de los tratados

## **5. Otros fármacos.**

Además del metilfenidato y la atomoxetina, a veces se utilizan otros fármacos, como antidepresivos diversos. Pero para estos fármacos no hay evidencias mínimas para suponer cierta utilidad en estos casos.

De forma relativamente frecuente se suele añadir un segundo fármaco, junto al metilfenidato, como un antipsicótico. Debe saber que no hay estudios que valoren el uso conjunto de dos psicofármacos diferentes, ni en adultos ni en menores, y es probable, por algunos indicios existentes, que su neurotoxicidad se multiplique. Se debería esperar hasta que se hagan los estudios necesarios para ver el impacto de la toma de continuada de dos tipos de fármacos en un menor, antes de mantener un tratamiento combinado de dos fármacos o más.

## **6. Los tratamientos no farmacológicos.**

Los problemas que presentan los niños pueden requerir ayuda psicológica y/o pedagógica.

Debe saber que hay muchos tipos diferentes de psicoterapia que pueden ser útiles. Los psicoterapeutas analizan cada caso, encuentran los núcleos problemáticos e implementan técnicas que pueden ser diferentes en cada menor. Las psicoterapias que intentan encontrar el sentido al comportamiento del menor, empiezan por escuchar a éste y a sus familiares recogiendo sus perspectivas y buscan recursos que puedan ayudar a superar las dificultades. Diferentes orientaciones de las psicoterapias, familiares, las de corte dinámica, las cognitivo-conductuales, las terapias basadas en el movimiento, etc., pueden ayudar a superar efectivamente el problema. La utilidad de procedimientos psicológicos está reconocida por publicaciones de prestigio, como la Guía de Práctica Clínica NICE de Inglaterra.

Los fármacos actuales tienen una eficacia limitada tanto en el alcance de sus beneficios como en el tiempo que duran estos. Hay pruebas que indican que mantener el fármaco durante un tiempo prolongado, unos dos años, empeora a los menores, teniendo estos un desempeño peor en numerosas áreas que incluyen los estudios y la conducta. Además es probable que aparezcan problemas indeseados tanto físicos como de comportamiento, además de otros bien establecidos como un relevante aumento de la presión arterial y un importante declive académico. Y además mantener el fármaco tanto tiempo no ha demostrado ser mejor que una terapia psicológica un poco anticuada.

En definitiva, y según los estudios actuales, el metilfenidato y la atomoxetina no son la primera opción de tratamiento para el niño que ha sido diagnosticado con TDA/H. La ayuda primera debe ser de tipo psicosocial o psicopedagógica, según el caso.

Le animamos a consultar el documento más amplio, donde tendrá información más detallada sobre estos y otros temas relacionados con el TDA/H y su tratamiento, también contiene bibliografía que Vd. puede consultar. Ante las dudas le animamos también a que consulte estas cuestiones al médico o psicólogo que trata a su allegado, y que recoja más información y opiniones, e incluso si lo desea puede intentar conseguir una segunda opinión profesional.