

Diez Mitos sobre el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad que interfieren con la mejoría

Dr. Cesar Soutullo¹ y Regina Cobo²

¹ Director de la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universitaria, Universidad de Navarra

² Presidenta, Fundación CADAH (Cantabria Ayuda al TDAH), Santander, Cantabria

Hay muchos **mitos sobre el TDAH**, la gente opina sin saber, y todos “saben” cómo cambiar el comportamiento descontrolado del niño. Generalmente la familia, amigos y profesores tienden a culpar consciente o inconscientemente a los padres. Esto es una defensa natural ante una situación difícil del niño. Lo lógico es buscar la respuesta en un problema de los padres o de la familia. Con éste breve artículo pretendemos aclarar algunos de estos falsos mitos. Nuestro objetivo es reducir el estigma del TDAH y favorecer su reconocimiento y detección precoz. Así podremos prevenir y evitar que los niños sufran los síntomas durante años antes de recibir un diagnóstico correcto y el tratamiento que está disponible. El tratamiento del TDAH es muy seguro y eficaz y lo apoyan muchos estudios científicos.

Mito 1:

El TDAH es culpa de los padres y su diagnóstico es poco fiable

El TDAH es un trastorno psiquiátrico del cerebral, su origen es biológico, con transmisión genética (con una heredabilidad del 75%), que afecta la capacidad del niño, adolescente o adulto de 1) regular su nivel de actividad, por lo que tienen hiperactividad, 2) inhibir o frenar sus ideas, pensamientos o comportamiento, por lo que tienen impulsividad, y 3) prestar atención a las acciones que realizan, por lo que tienen inatención. En niño con TDAH tiene gran dificultad o incapacidad para prestar atención y concentrarse, un nivel alto de actividad inadecuado para su edad, se distrae muy fácilmente y es muy impulsivo. El TDAH no es culpa de los padres, aunque a veces los padres no entienden los síntomas, se echan ellos la culpa, e intentan controlar al niño de formas no eficaces. La fiabilidad del diagnóstico es muy alta, y la presentación es bastante similar en diferentes culturas. Al igual que la diabetes o el asma, el TDAH se presenta de forma similar en EE.UU., en España, en el resto de Europa, en Latinoamérica, en China, etc. Hay asociaciones de padres de niños con TDAH en todo el mundo, y los padres describen los mismos síntomas en los niños que producen los mismos problemas. Los padres no deben aceptar nunca que nadie les culpe de la enfermedad de su hijo, como tampoco se deben culpar si su hijo tiene diabetes o epilepsia. Aunque algunas de estas cosas no ayudan, el TDAH no se produce por desacuerdos entre los padres, ni siquiera por separación o divorcio, ni por estar viudos o solteros, ni por el nacimiento de un hermano menor, ni porque la madre o el padre se ponga a trabajar, ni porque el padre o la madre trabajen mucho y pasen poco tiempo en casa, ni por cambiarle de colegio, ni por cambiar mucho de casa, ni por tener

niñera, ni porque le cuiden los abuelos...Todas estas cosas suceden, y a veces coinciden en el tiempo, pero no tiene relación de causa-efecto con el TDAH, ni con la miopía, ni con la diabetes, ni con la epilepsia, ni con la varicela. No se culpe por la enfermedad de su hijo y no deje que nadie le culpe.

Mito 2:

El TDAH es una enfermedad nueva, y sólo existe en EE.UU., es un invento.

El TDAH fue descrito ya en 1865 por el Alemán Hoffman en el cuento *Der Struwwelpeter* y en 1902 por el Inglés Still y por el Español Rodríguez-Lafora. Inicialmente se llamó Disfunción Cerebral Mínima, luego (1950) Síndrome Hiperkinético, más tarde (1960) Síndrome del Niño Hiperactivo o Reacción Hiperkinética de la Infancia, y más recientemente (1980) se cambió el nombre a Trastorno por Déficit de Atención (con o sin Hiperactividad) (TDA con H, TDA sin H). Desde 1994 se llama TDAH, con tres subtipos: combinado, inatento e hiperactivo-impulsivo. Aunque el nombre ha ido cambiando según hemos ido sabiendo más sobre el trastorno, la entidad clínica TDAH está descrita desde hace más de 140 años, ¡¡desde la época de la Reina Isabel II en España, literalmente, desde antes de la Guerra de Cuba!!, no es algo nuevo ni mucho menos. La frecuencia es similar en todo el mundo, entre el 2 y el 6% según diferentes estudios. Los padres no vienen al psiquiatra por capricho, sino porque el niño tiene problemas serios en casa, en el colegio, con su rendimiento escolar, con su funcionamiento social, y con su control de impulsos.

Mito 3:

Los síntomas de TDAH son leves, se trata de una enfermedad falsa, fruto del poco aguante de los padres de hoy, del perfeccionismo y la exigencia excesivas.

El TDAH tiene un efecto muy negativo sobre el niño que lo padece. A largo plazo, y si no se trata correctamente, reduce seriamente el rendimiento académico del niño y desemboca en fracaso escolar, generando abandono de los estudios o repetición del curso. Si pasan curso no dominan la materia anterior y la base de conocimientos del niño se hace cada vez más endeble. Además afecta el desarrollo social y emocional del niño. Debido a los múltiples problemas en las relaciones con los compañeros por su impulsividad, los niños con TDAH tienden a tener pocos amigos, poco duraderos, y las relaciones son menos estrechas. Por los fracasos repetidos en el colegio, las discusiones con los amigos y con los padres por malas notas y mal comportamiento, son frecuentes los síntomas depresivos e incluso la depresión en los niños con TDAH. Los niños con TDAH no tratados desarrollan con frecuencia comportamientos negativistas: desobediencias progresivas, desafío a la autoridad y poco a poco problemas de conducta mayores, e incluso abuso de alcohol y drogas (especialmente porros). No es un trastorno “cosmético”, fruto del perfeccionismo de la sociedad. Los niños con TDAH que no reciben tratamiento correcto suelen alcanzar trabajos o profesiones por debajo de su capacidad. También son más susceptibles de tener otros problemas si no se les trata adecuada y tempranamente, como mayor tasa de embarazos en

edades tempranas, mayor tasa de abuso de sustancias, menor tasa de retención de un trabajo, y menor progresión laboral.

Mito 4:

El TDAH sólo afecta a niños y desaparece en el adolescente

Es cierto que algunos síntomas de hiperactividad disminuyen con la edad, transformándose en movimientos más finos (mover el pie, dar golpecitos...). Sin embargo, la inatención y especialmente la impulsividad permanecen en adolescentes y adultos. Las estimaciones de los padres y personas que viven con el paciente son más precisas que las del paciente, que a veces minimiza sus síntomas. Se estima que la tercera parte de los niños con TDAH dejará de tener TDAH antes de la adolescencia, la tercera parte dejará de tener TDAH antes de la edad adulta, y la tercera parte seguirá teniendo TDAH de adultos. Pero como hemos indicado, aunque algunos ya no cumplen criterios completos de TDAH, siguen teniendo síntomas que les afectan, por lo que cada vez más se considera al TDAH como un problema crónico que requiere manejo a largo plazo.

Mito 5:

El TDAH sólo afecta a los niños y no a las niñas.

Las niñas con TDAH suelen pasar desapercibidas con más facilidad, porque tienen menos hiperactividad y menos oposicionalidad. Comparadas con los niños tienen menos comorbilidad con trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, del aprendizaje y depresión, pero más trastornos de ansiedad. El problema es que como pasan desapercibidas, a veces no tienen problemas en el rendimiento escolar hasta la secundaria, en edades de 11 a 15 años. Si el médico es demasiado rígido con los criterios diagnósticos, puede decir que como no ha tenido problemas antes de los 7 años no tiene TDAH. A veces hemos visto a estas chicas en la consulta a los 17-18 años, y a pesar de llevar tanto tiempo con un rendimiento muy por debajo de su capacidad, mejoran mucho con medicación. Por eso les digo a los padres que nunca es demasiado tarde para empezar a mejorar.

Mito 6:

El TDAH lo debe diagnosticar y tratar primero el neurólogo o neuropediatra, y si no mejora, entonces el psiquiatra infantil.

Un diagnóstico correcto y temprano es el primer paso para un buen manejo del TDAH y para prevenir sus complicaciones. Generalmente son los padres, profesores, psicólogos escolares, pedagogos, o pediatras los que primero sospechan un posible TDAH en un niño que tiene síntomas o problemas. Un pediatra con experiencia y formación puede hacer un diagnóstico inicial e incluso iniciar un tratamiento. Generalmente es un especialista en TDAH (psiquiatra del niño y del adolescente, neuropediatra, psiquiatra, o psicólogo clínico) el que hará un diagnóstico definitivo. Una vez realizado el diagnóstico, el médico y su equipo diseña un plan de tratamiento que puede incluir la participación de un psicólogo clínico, pedagogo, profesor de apoyo, y otros profesionales para realizar parte del tratamiento. Siempre que se sospeche un TDAH debe existir una evaluación por un médico experto en el diagnóstico y

tratamiento de niños con este problema. El psiquiatra infantil y adolescente es un médico que puede ayudar a los padres y al niño. Debe verse como un experto en el TDAH al que los padres consultan para poder tomar mejor las decisiones médicas que afecten al niño. Lo mejor es buscar un psiquiatra con el que los padres se sientan cómodos. Primero porque tenga una calidad técnica reconocida, y luego porque sea capaz de hacerse entender y de ser cercano a las necesidades de los padres. Si el psiquiatra no escucha a los padres o les hace sentir culpables por los problemas del niño les recomiendo que busque a otro más adecuado.

Mito 7:

El Tratamiento del TDAH deber ser primero sin medicación, y si no mejora se puede usar medicación, porque los fármacos son peligrosos.

El tratamiento del TDAH debe incluir 3 partes: 1) entrenamiento a los padres sobre el TDAH y cómo manejar aspectos de la conducta del niño, 2) apoyo y adaptación a nivel escolar, y 3) además es imprescindible un tratamiento médico con una medicación que ayude a mejorar los déficits en neurotransmisores en algunas zonas del cerebro. El tratamiento del TDAH no debe ser nunca solamente dar la medicación, pero ésta es imprescindible en la inmensa mayoría de los casos.

Cuanto más sepan, lean y pregunten los padres sobre el TDAH mejor podrán ayudar a su hijo. Deben buscarse un médico para que evalúe y trate al niño, un médico que sea experto en niños con TDAH y que tenga tiempo y paciencia para seguir al niño a lo largo de su enfermedad. Un médico que esté disponible. Además los padres pueden: 1) definir reglas claras de consecuencias y premios para ciertos comportamientos; 2) ayudar al niño a terminar una tarea o encargo dividiéndolo en pasos menores; 3) aumentar la estructura y el orden de la casa; 4) establecer rutinas estables y predecibles para organizar el tiempo; 5) eliminar ruidos y distracciones; 6) modificar la conducta del niño; 7) motivarles, y 8) aumentar la disciplina haciendo que el niño sufra las consecuencias de saltarse las normas.

Hay varios tipos de medicinas que han demostrado su eficacia en el TDAH aprobadas para su uso: **los estimulantes** (en España Metilfenidato: Rubifén®, Concerta® y Medikinet®; fuera de España también Dextro- metilfenidato, dextroanfetamina y mezcla de sales de anfetamina). Estas medicinas actúan principalmente sobre la dopamina. También ayudan las **medicaciones no estimulantes** como atomoxetina (Strattera®) con efecto principalmente sobre la noradrenalina. Estas medicaciones son todas de primera elección en la mayoría de las guías clínicas basadas en la evidencia elaboradas por expertos. La elección de una u otra medicación debe hacerse de forma individualizada. En todo tratamiento con medicación hay una fase inicial para alcanzar una dosis adecuada, una fase de mantenimiento, donde la respuesta adecuada inicial se ha alcanzado, y una fase de perfeccionamiento, donde se hacen retoques y se atienden problemas emergentes, o nuevos síntomas. La colaboración entre el médico y los padres es esencial en las tres fases.

Mito 8:**Es mejor no dar medicación al niño y usar psicoterapia u otros abordajes no farmacológicos**

La psicoterapia que ayuda al niño con TDAH es el entrenamiento de los padres sobre los síntomas del TDAH, y sobre cómo controlar y manejar mejor el comportamiento del niño. La psicoterapia psicoanalítica no funciona en el TDAH, tampoco la terapia de juego, ni el entrenamiento cognitivo para “mejorar” la concentración, memoria o atención. También es muy útil el apoyo escolar, con técnicas de estudio, remediando las dificultades del niño, intentando recuperar las áreas en las que tenga especial dificultad o retraso respecto a sus compañeros.

Hay muchos mitos sobre métodos mágicos que pueden mejorar el TDAH pero que no tienen ninguna base científica. Estos “tratamientos” se suelen ofrecer en consultas privadas con gran coste de tiempo y dinero para los padres, y sensación de fracaso para el niño. No existe evidencia de que métodos como oír música de diferentes tonos para reeducación auditiva sirva para nada, como mucho puede relajar al niño, pero se obtiene el mismo efecto comprando un disco y oyéndolo en casa. Tampoco los ejercicios de entrenamiento y reeducación de la lateralidad cruzada ni el biofeedback de EEG son útiles. Las dietas sin azúcar y sin colorantes no curan el TDAH. Los tratamientos homeopáticos como agua magnetizada, hierbas de diferentes tipos, ácidos grasos Omega-3 tampoco han demostrado eficacia. Algunas hierbas, aunque sean naturales, pueden ser peligrosas (no confundir natural con inofensivo). No por ser naturales, estos remedios son buenos, y generalmente su eficacia no ha sido demostrada científicamente. Los padres deben desconfiar de remedios fáciles que prometan “curación” permanente, rápida, sin esfuerzo y que supongan un gran desembolso económico inicial. Deben desconfiar de tratamientos no publicados en revistas científicas, que impliquen el uso de algún artefacto patentado o supuesta medicación con componente secreto o no claramente conocido.

Mito 9:**Las medicaciones producen adicción, porque son drogas**

Este tema suele preocupar mucho a los padres y es importante que se entienda bien. Es un falso mito que el metilfenidato produzca adicción., Aunque químicamente el metilfenidato es similar a la anfetamina, a dosis normales en TDAH y por vía oral no produce efecto euforizante. El metilfenidato, al tratar el TDAH, de hecho reduce el riesgo de que el niño en el futuro abuse de drogas, porque disminuye su impulsividad. Sin embargo, dosis altas de metilfenidato podrían causar efecto euforizante. Por ello si se usa en chicos con problemas de abuso de drogas o alcohol, debe hacerse con control cercano. Los padres deben guardar bajo llave la medicación y darles sólo una pastilla cada vez para evitar que tomen más de lo recetado. Esto limita el uso del metilfenidato en adolescentes con problemas de abuso de alcohol o drogas o con trastorno de conducta, pero no es el metilfenidato lo que produce éste abuso de drogas, sino el TDAH. La forma OROS[®]-Metilfenidato al ser una cápsula de liberación prolongada, tiene menor riesgo de abuso. La atomoxetina tampoco produce ningún efecto euforizante ni tiene riesgo de adicción.

Mito 10.

La medicación produce la medicación una reducción del crecimiento en altura del niño

El efecto de los estimulantes sobre el crecimiento ha sido una preocupación de padres y médicos durante años y ha sido muy estudiado. Algunos estudios han mostrado una reducción de la ganancia esperada de altura en los primeros 3 años de tratamiento, aunque la significación clínica de éstos datos es difícil de valorar. Otros estudios encontraron una menor talla de los niños con TDAH tratados con estimulantes a los 18 años, pero no encontraron diferencias más tarde, porque los adolescentes con TDAH completaron su desarrollo un poco más tarde, y alcanzaron tallas similares a los controles. En estudios donde se interrumpía el metilfenidato los fines de semana y en vacaciones no se observó ninguna ventaja en el crecimiento, por lo que no se recomienda parar el tratamiento los fines de semana ni en vacaciones. La talla y el peso deben monitorizarse de cerca, y en aquellos niños que pierden peso o no ganan peso adecuadamente se pueden usar suplementos energéticos y calóricos. La atomoxetina tampoco reduce el crecimiento en altura.

RESUMEN

Síntomas del niño con TDAH

- Niños descuidados y olvidadizos
- Dificultad para estar atentos en clase
- No se centran en los juegos
- No terminan las tareas
- Cometen muchos errores por descuidos
- Hablan excesivamente
- Están siempre en movimiento

Posibles causas

- Factores genéticos (La causa principal)
- Problemas prenatales y perinatales
 - Uso de tabaco en el embarazo
 - Problemas durante el parto
 - Falta de oxígeno en el cerebro
 - Prematuridad
 - Bajo peso al nacer
- Otras causas desconocidas
- NO es debido a factores ambientales familiares, a la T.V. o a los videojuegos...

Tratamiento

- 1. Coordinación y trabajo en equipo entre padres, educadores y médicos
- 2. Entrenamiento a los padres en manejo conductual del niño
 - Ignorar conductas negativas, potenciar motivar y premiar conductas positivas.
 - Priorizar las conductas que queremos cambiar
 - Evitar conductas agresivas

- Evitar castigos físicos
- Apoyo en asociaciones de padres
- 3. Apoyo escolar y adaptación del método didáctico
 - Intervenciones en el aula (sentarse cerca del profesor, supervisión más cercana,
 - Motivación al niño
 - Apoyo específico en áreas deficitarias
- 4. Tratamiento médico (ES IMPRESCINDIBLE)
 - Manejo con medicación tipo estimulante o no estimulante
 - Medicación estimulante**
 - Metilfenidato
 - Liberación inmediata: Rubifén®: duración del efecto: 4 hrs.
 - Liberación prolongada:
 - Medikinet®: duración del efecto: 8 horas
 - Concerta®: duración del efecto: 12 horas
 - Medicación no estimulante**
 - Atomoxetina (Strattera®): duración del efecto: Aprox. 24 horas

No funcionan

- Métodos de entrenamiento auditivo o musical (Tipo Tomates)
- El tratamiento con hierbas, minerales, magnetoterapia...
- Biofeedback con EEG...
- Dietas especiales

Es recomendable

- Llegar al diagnóstico precoz
- Acudir a asociaciones de padres con niños TDAH.
- Buena comunicación entre padres, educadores y médicos.