

TDAH: Tratamiento completo

El tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención de Hiperactividad tiene cuatro partes:

- 1) psicoeducación
- 2) entrenamiento a los padres y a los profesores en el manejo conductual de los síntomas
- 3) apoyo académico, y
- 4) tratamiento farmacológico

Las tres primeras partes conforman la **intervención psicosocial** en el TDAH, indicada en todos los casos.

La **psicoeducación** está dirigida a los padres, a los profesores y a otros adultos que tengan un contacto estrecho con el niño. La psicoeducación consiste en informar sobre las causas, la clínica y la evolución del TDAH, así como las alternativas terapéuticas (con sus potenciales efectos secundarios) y el riesgo de no empezar el tratamiento. El clínico debe recomendar bibliografía y mostrarse disponible para las dudas que puedan ir surgiendo durante el proceso terapéutico. Las Asociaciones de padres ejercen una importante labor en este aspecto.

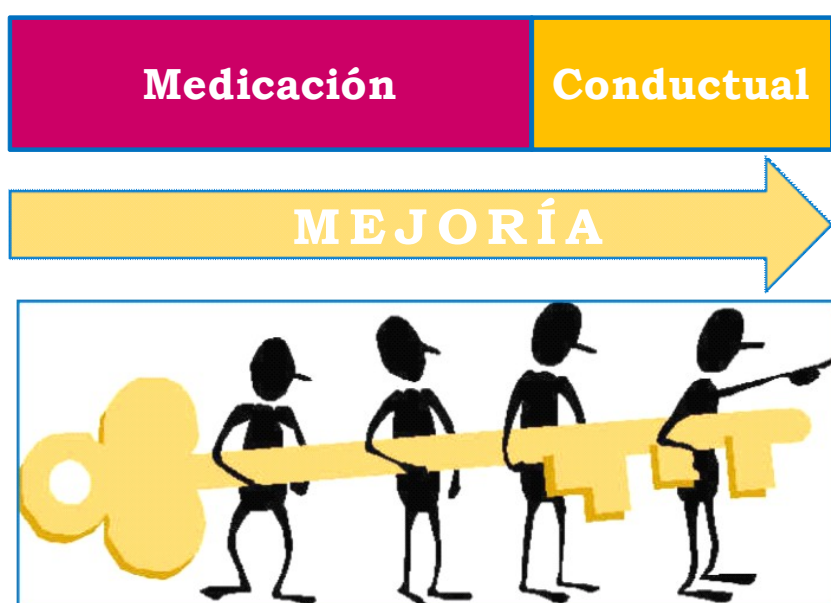
Los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad se deben abordar conductualmente. Para ello es imprescindible el **entrenamiento de padres y de profesores en el manejo conductual** de estos síntomas y para el cambio de conducta (terapia conductual). Entre las recomendaciones para el control de los síntomas destacan: mantener rutinas estables y predecibles, aumentar la estructura y el orden en las actividades cotidianas, establecer reglas claras, sencillas y concretas (pocas), elogiar y premiar con frecuencia, utilizar un sistema de puntos, emplear el “tiempo fuera”, pactar de antemano consecuencias inmediatas (positivas si cumple la norma, y negativas si no la cumple), proponer metas realistas, y prevenir rabietas y explosiones de irritabilidad.

El **apoyo escolar** consiste en que una persona, preferiblemente de manera individual, le enseñe a planificar y organizar los deberes y el estudio al niño con TDAH.

En este artículo me centraré en la **medicación** para el TDAH. El **objetivo principal** del tratamiento farmacológico del TDAH es eliminar (o al menos disminuir) los síntomas cardinales del TDAH y de la comorbilidad psiquiátrica si la hubiera, para que no interfieran en el rendimiento académico y en las relaciones familiares y sociales del paciente.

La **decisión de iniciar el tratamiento con medicación** se basa en la **presencia** de síntomas de TDAH, su **repercusión** en el funcionamiento diario del niño (rendimiento académico, relaciones familiares y sociales), el grado de **incapacidad** que provocan, y el **sufrimiento** que provocan en el niño (tristeza, baja autoestima, pobre autoconcepto, etc.).

En la mayoría de niños con TDAH el tratamiento farmacológico debe usarse desde el principio, pero hay casos, por ejemplo en menores de 5 años, en los que es recomendable comenzar con la intervención psicosocial sólo, y añadir la medicación en caso de falta de respuesta o respuesta parcial (NICE, 2008). **En monoterapia, la medicación es más efectiva que el mejor y más exhaustivo manejo conductual** (tasa de respuesta del 56%, frente al 34% de la intervención psicosocial). Con dos excepciones: Primero, en pacientes con TDAH y TND. En estos pacientes el tratamiento farmacológico es ligeramente más efectivo que la psicoterapia, pero la combinación de ambos es significativamente mejor. Y segundo, en pacientes con TDAH y trastorno de ansiedad. En estos pacientes la psicoterapia conductual en monoterapia puede ser eficaz, y la medicación se puede indicar sólo si no se obtiene remisión clínica. No obstante, en todos los casos, cuando se combinan (tratamiento farmacológico + intervención psicosocial) aumenta la tasa de respuesta y mejoran los síntomas psiquiátricos comórbidos.



Los fármacos de primera línea para el TDAH se dividen en estimulantes y no estimulantes. Entre los **estimulantes** disponibles en España figuran: metilfenidato de liberación inmediata (**Rubifén**®), metilfenidato de liberación prolongada-OROS (**Concerta**®) y metilfenidato cápsulas de liberación prolongada (**Medikinet**®). Existen otros fármacos estimulantes no disponibles en España: D-metilfenidato, parche cutáneo de metilfenidato (Daytrana®), dextroanfetamina (Dexedrine®), lysdexanfetamina (Vyvanse®), mezcla de sales de anfetamina y dextroanfetamina (Adderall®), y pemolina magnésica (Cylert®).

El único fármaco **no estimulante** de primera línea aprobado para el TDAH es atomoxetina (**Strattera**®).

La Guía NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) publicada en el 2008 recomienda como primera elección: MPH, ATX o dextroanfetamina (éste último no disponible en España). Así que **en España existen dos fármacos de primera elección para el TDAH: metilfenidato (en sus tres formulaciones) y atomoxetina.**

Si estos fármacos no son efectivos o provocan efectos secundarios intolerables, se pueden indicar los **fármacos de segunda línea**: bupropion, agonistas alfa-2, antidepresivos tricíclicos, venlafaxina y posiblemente reboxetina.

Si el paciente presenta una evolución clínica favorable con el tiempo, es conveniente **intentar interrumpir el tratamiento farmacológico** para valorar si sigue necesitando la medicación. Es preferible parar este tratamiento durante un periodo de mínima exigencia académica o cognitiva, por ejemplo en verano, aunque tampoco esta época es buena si acude a un campamento. Sin embargo, con frecuencia el tratamiento farmacológico debe continuarse, ya que hasta un 50% de los niños con TDAH persisten con síntomas en la edad adulta.