

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN MENORES CON TDAH

José Alexis Alonso Sánchez

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Resumen

Antecedentes. Este trabajo de investigación presenta los resultados y conclusiones del tratamiento no farmacológico realizado en niños con TDAH, con el fin de conocer el grado de efectividad de la intervención psicopedagógica antes de recurrir a la medicación. *Método.* Se referencian 38 menores con TDAH administrando distintas pruebas diagnósticas y descartando otros problemas. Posteriormente se comenzó un tratamiento psicopedagógico con estas líneas de intervención: conductual, cognitivo, habilidades sociales y apoyo académico. Transcurridos 6 meses se volvieron a administrar cuestionarios diagnósticos a familia y docentes. *Resultados.* El 67% de los niños presentaron una mejora importante en la sintomatología y el 33% no reflejaron cambios significativos, siendo éstos, salvo un menor, del tipo combinado o hiperactivo/impulsivo, lo que infiere una mayor efectividad del tratamiento no farmacológico en los menores de tipo inatento. *Conclusiones.* La prescripción de metilfenidato ha aumentado enormemente en los últimos años (Lasa y Jorquera, 2010) y, aunque la mayoría de estudios muestran la mayor efectividad del tratamiento combinado, hay que decir que los resultados de revisiones bibliográficas muestran que los trabajos de investigación se han centrado mayoritariamente en analizar la eficacia en exclusiva del tratamiento farmacológico (Jarque, 2012), por lo que se hace necesario un mayor esfuerzo investigador sobre el tratamiento no farmacológico. El tratamiento psicopedagógico en exclusiva puede ser efectivo en determinados tipos, especialmente el inatento, lo que evitaría los inconvenientes derivados de la medicación.

Abstract

Background. This research presents the results and conclusions of non-pharmacological treatment in ADHD children, in order to determine the degree of effectiveness of psychoeducational intervention before resorting to medication. *Method.* 38 children with ADHD are referenced by administering various diagnostic tests and ruling out other problems. Afterwards, a psychoeducational treatment began with these lines of

intervention: behavioral, cognitive, social skills and academic support. They returned after 6 months to administer family and teachers questionnaires diagnostics. *Results.* 67% of children had a significant improvement in symptoms and 33% did not reflect significant changes, these being, except a child, the combined or hyperactive / impulsive type, which infers a greater effectiveness of non-pharmacological treatment in inattentive type children. *Conclusions.* The prescription of methylphenidate has increased dramatically in recent years (Lasa and Jorquera, 2010), although most studies show the greater effectiveness of combination therapy, we must say that the results show that bibliographic reviews of the research have been focused mainly on analyzing the effectiveness of drug treatment exclusively (Jarque, 2012), so more research work on non-pharmacological treatment is necessary. The psychoeducational exclusive treatment can be effective in certain types, especially the inattentive, avoiding the hassle of medication.

Introducción

Este trabajo de investigación presenta los resultados y conclusiones del tratamiento no farmacológico realizado durante 6 meses consecutivos, entre los años 2011 y 2013, en niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) de 7 a 11 años, con el fin de conocer el grado de efectividad de la intervención psicopedagógica antes de recurrir a la medicación.

El TDAH es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes y mejor estudiados en la población infantil y su relevancia aumenta al entender las interferencias que provoca sobre el desarrollo de quienes lo presentan. En la Declaración de Cartagena de 2010 se reflejó que presenta una prevalencia promedio mundial del 5,29% del alumnado. En el punto 13 de esta Declaración se especifica que "*el tratamiento del TDAH debe ser individualizado y realizado de manera multimodal, incluyendo medidas de tipo psicosocial, educativas y farmacológicas*" (Peña, Palacio y Barragán, 2010, pág. 96).

Se ha evidenciado científicamente la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales e instruccionales para reducir los síntomas centrales y las conductas disruptivas, así como para aumentar el rendimiento académico (Presentación,

Siegenthaler, Jara y Miranda, 2010). También el entrenamiento en habilidades sociales mejora el funcionamiento social y los niveles de asertividad.

El TDAH debe entenderse como un proceso de larga evolución, por lo que se debe elaborar cuidadosamente su plan de tratamiento. Tiene que ser lo más completo posible y considerar la evidencia más reciente, las preferencias y preocupaciones de familiares y pacientes, y la psicoeducación. Los psicoestimulantes han sido los fármacos más estudiados y usados en el tratamiento del TDAH, con unas tasas de respuesta del 65-85% de los pacientes. La atomoxetina, un inhibidor de la recaptación noradrenérgica, es otra alternativa para el tratamiento del TDAH aprobada por la *Food and Drug Administration* estadounidense y la Agencia Europea del Medicamento. Dicho esto, la farmacología no puede ser la única intervención ante el trastorno.

Ya en 1999 se realizó un estudio que hasta ese momento no tenía precedentes. El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (*National Institute of Mental Health*) realizó el llamado "Estudio del tratamiento multimodal de niños con TDA/H", en el que participaron 579 niños que tenían el tipo combinado de TDAH. Cada niño recibió uno de cuatro tratamientos posibles durante 14 meses: medicamentos, tratamiento conductual, una combinación de ambos, o atención comunitaria. Los resultados de este estudio mostraron que los niños que tuvieron sólo tratamiento farmacológico y los niños que recibieron tanto medicamentos como tratamiento conductual, obtuvieron los mejores resultados con respecto a la mejora en la sintomatología.

El tratamiento combinado brindó los mejores resultados en cuanto a la proporción de niños que mostraron una respuesta excelente con relación al TDAH y los síntomas de oposición, así como en otras áreas de funcionamiento y los resultados académicos. También, en general, los que recibieron un control médico cuidadosamente supervisado tuvieron una mejor mejoría de los síntomas que los niños que recibieron tratamiento conductual intensivo sin medicación o atención comunitaria con medicación supervisada.

Método

En primer lugar se procedió a la evaluación de los menores administrando los siguientes instrumentos: cuestionario para la evaluación del TDAH para Padres y

Profesores (escala en base a los criterios del DSM-IV-TR de la Asociación de Psiquiatría Americana APA), Test de Caras de Thurstone y Yela, el Test de Colores y Palabras STROOP de Golden, el Test de Discriminación Visual Simple de Árboles DIVISA-UAM de Santacreu, Shih y Quiroga, entrevistas clínicas, el Test de Inteligencia Breve de Reynolds RIST y el Test Breve de Inteligencia de Kaufman K-BIT.

Descartados otros problemas y cumpliendo con el procedimiento de derivación a los Servicios de Salud Mental del Servicio Canario de Salud para su evaluación clínica, se diagnostican 38 menores con TDAH: 55% de tipo combinado, 42% inatento y 3% hiperactivo/impulsivo.



Gráfico 1. Porcentaje de menores diagnosticados con TDAH.

A continuación se comenzó un tratamiento psicopedagógico con estas líneas de intervención: conductual, cognitiva, habilidades sociales y apoyo académico. Transcurridos 6 meses del inicio de la intervención se volvieron a administrar los cuestionarios a familia y docentes que intervenían en la educación del menor.

Resultados

El 67% de los niños presentaron una mejora importante en la sintomatología propia del TDAH, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR de la APA. Por el contrario, el 33% no reflejaron cambios significativos, siendo éstos, salvo uno de los menores diagnosticados, del tipo combinado o hiperactivo/impulsivo.

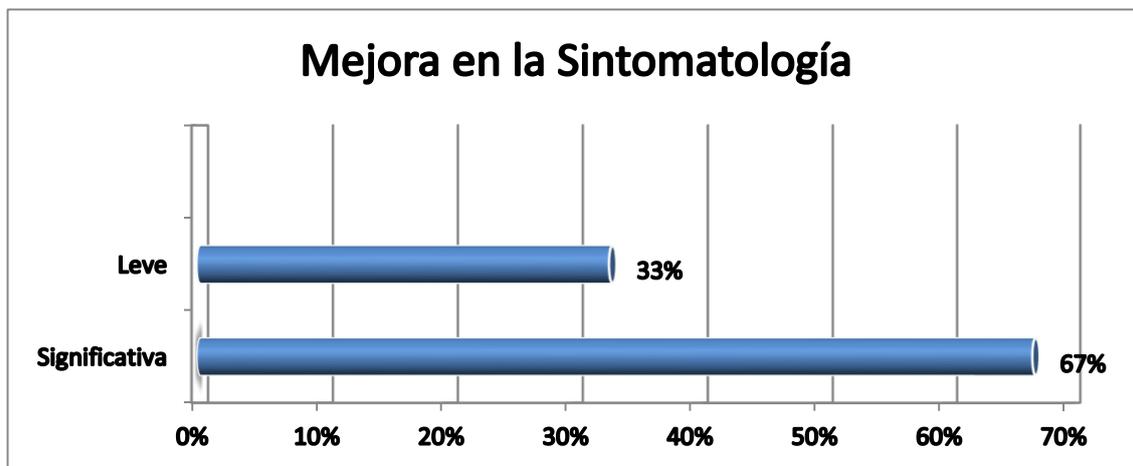


Gráfico 2. Porcentaje de Mejora en la Sintomatología de los menores diagnosticados con TDAH.

Podríamos inferir que existe una mayor efectividad del tratamiento psicopedagógico sin acudir a la farmacología en los menores TDAH de tipo inatento.

Discusión y conclusiones

La prescripción de metilfenidato ha aumentado enormemente en los últimos años (Lasa y Jorquera, 2010) y, aunque la mayoría de estudios muestran la mayor efectividad del tratamiento combinado, hay que decir que los resultados de revisiones bibliográficas muestran que los trabajos de investigación se han centrado mayoritariamente en analizar la eficacia en exclusiva del tratamiento farmacológico (Jarque, 2012), por lo que se hace necesario un mayor esfuerzo investigador sobre el tratamiento no farmacológico.

Observamos en este estudio que el tratamiento psicopedagógico en exclusiva puede ser efectivo en determinados tipos de TDAH, especialmente el inatento, lo que evitaría los inconvenientes derivados de la medicación. Aunque este trabajo de investigación muestre este hecho, en las últimas décadas se ha evidenciado la eficacia de los tratamientos combinados (tratamiento farmacológico y psicopedagógico) por encima del resto, para mejorar el funcionamiento familiar de los niños con TDAH, sus síntomas centrales y algunos trastornos asociados, como la conducta disruptiva (Jans *et al.*, 2008). También se ha mostrado la mayor eficacia de la medicación como tratamiento único. Eso sí, opinamos que el objetivo de los fármacos no deberían ser sustituir ninguna intervención sino normalizar síntomas y apoyarlas.

Al tiempo, cada vez hay más interés sobre este trastorno por su prevalencia y los problemas que genera. No en vano, con la normativa educativa actual, la Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) de 2013, el TDAH ha quedado reconocido como necesidad específica de apoyo educativo en el artículo 71.2. con el siguiente texto:

“Corresponde a las Administraciones educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, TDAH, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado.”

Además, se ha incluido un nuevo artículo (79 bis) que prevé su derecho a la identificación y valoración de sus necesidades educativas y la consiguiente intervención de la forma más temprana posible.

Tenemos que destacar igualmente un creciente interés por analizar los efectos de intervenciones alternativas para el TDAH, como los suplementos alimenticios, los oligoantigénicos, las técnicas de relajación, el *neurofeedback* o la estimulación vestibular, todos, sin una base científica potente hasta el momento.

Con las evidencias de las que disponemos hasta la fecha, el tratamiento de los pacientes con TDAH debe planificarse bajo una perspectiva multimodal, basado en el uso complementario de los recursos psicofarmacológicos (en caso necesario) y psicopedagógicos, y en estrecha coordinación entre los profesionales (médicos, psicólogos, pedagogos, psicopedagogos y educadores) y la familia. Los objetivos del tratamiento son principalmente el control de los síntomas del TDAH, la comorbilidad asociada y la repercusión sobre el entorno familiar, escolar y social del paciente.

Referencias

- Antshel, K.M. y Barkley, R. (2008). Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 421-437.
- Cardo, E. y Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología*, 46(6), 365-372.
- De la Peña F., Palacio J. y Barragán E. (2010). Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Revista Ciencia y Salud*, 8(1), 93-98.
- Del Campo, N., Chamberlain, S., Sahakian, B. y Robbins, T. (2011). The roles of dopamine and noradrenaline in the pathophysiology and treatment of ADHD. *Biological Psychiatry*, 69, 145-167.
- Graham, J. et al. (2011). European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 17-37.
- Graziano, P., Gellken, G. y Lall, A. (2011). Heterogeneity in the pharmacological treatment of children with ADHD: cognitive, behavioural and social functioning differences. *Journal of Attention Disorders*, 15, 382-391.
- Huss, M. (2010). New evidence for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder with atomoxetine. En *Die Psychiatrie: Grundlagen & Perspektiven*, 71, 43-52.
- Jans, T., Kreiker, S. y Warnke, A. (2008). Multimodal treatment of ADHD in children. En *Der Nervenarzt*, 79, 791-800.
- Jarque, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de Psicología*, 42(1), 19-33.
- Lasa-Zulueta, A. y Jorquera-Cuevas, C. (2010). *Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad*.
- Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Loro-López, M. et al. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, (5), 257-264.

- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- MTA Cooperative Group (1999). Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1088-1096.
- Presentación, M. J., Siegenthaler, R., Jara, P. y Miranda, A. (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH. *Revista de Neurología*, 22, 778-783.
- Willis, W., Weyandt, L., Lubiner, A. y Schubart, C. (2011). Neurofeedback as a treatment for ADHD: a systematic review of evidence for practice. *Journal of Applied School Psychology*, 27, 201-227.