

PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEUTICOS

Déficit de atención con hiperactividad

J. L. HERRANZ

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Quedan perfectamente delimitados en el Manual DSM-III:

a) *Falta de atención*

Al menos 3 de los siguientes síntomas:

- No suelen terminar las cosas que comienza.
- Sordera ficticia.
- Distraibilidad.
- Dificultad para mantener la atención y concentrarse.
- Dificultad para concentrarse en el juego.

b) *Impulsividad*

Al menos 3 de los siguientes síntomas:

- Actúa sin pensar.
- Cambia frecuentemente de actividad.
- Dificultad para organizarse en el trabajo diario.
- Necesidad de supervisión casi continua.
- Hay que llamarle la atención continuamente.
- Le cuesta guardar el turno en los juegos y actividades de grupo.

c) *Hiperactividad*

Al menos 2 de los siguientes síntomas:

- Corre excesivamente, se sube a los muebles.
- Movimiento continuo, le cuesta estar quieto.
- Le cuesta mucho permanecer sentado.
- Se mueve mucho durante el sueño.
- Está siempre en marcha, como si le moviera un motor.

d) *Comienzo antes de los 7 años de edad*

e) *Duración mínima de 6 meses*

f) *No debido*

a esquizofrenia, trastornos de tipo afectivo ni a retraso mental grave, puesto que el CI suele ser normal o límite.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- a) Hiperactividad esencial con defectos de atención, que es el cuadro clínico que nos ocupa.
- b) Hiperactividad fisiológica:
 - La mayoría de niños normales entre los 2 y 3 años de edad.
 - Niños muy inteligentes (síndrome de Kiessinger).
- c) Hiperactividad afectivo-caracterial:

- Reacción a sanciones y frecuentes reprimendas.
- Reacción a problemática escolar (método pedagógico, maestros punitivos, sanciones en público, etc.).
- Niños emigrantes con bilíngüismo.
- d) Hiperactividad por carencia afectiva.
- e) Hiperactividad por trastorno mental de tipo psicótico, en la depresión y en el autismo.
- f) Hiperactividad de origen medicamentoso, como sucede con fármacos antiepilepticos y tranquilizantes.

PAUTA TERAPÉUTICA

- a) *Información a padres y educadores*
1. Explicación del diagnóstico clínico y de los factores condicionantes, pronóstico, factores genéticos, posibilidades terapéuticas, etc.
 2. Iniciación inmediata del plan terapéutico establecido.
 3. Apoyo psicológico a padres y educadores, para que haya aceptación del problema y colaboración en el tratamiento, al mismo tiempo que se reduce o anula la ansiedad.
 4. Desmedicalización relativa del problema, no ligándolo a una enfermedad propiamente dicha, para que no recaiga en los fármacos toda la responsabilidad del tratamiento.
 5. Fijación de objetivos alcanzables y de las técnicas necesarias para la consecución de los mismos.
 6. Conseguir como objetivo preferente la autonomía del ni-

- ño, lo cual mejora directamente las dinámicas familiar y escolar.
7. Subrayar los aspectos positivos del niño y de sus logros, que produzcan satisfacciones compensadoras a padres y educadores.
 8. Informar de aspectos complementarios en cada caso:
 - Ayudas sociales (Insero, Ministerio de Educación y Ciencia, Insalud, Diputaciones, etc.) que compensen la sobrecarga económica de clases complementarias, cuando sean necesarias.
 - Rehabilitación física, terapia ocupacional, o simplemente consejos sobre determinados deportes.
 - Características de eficacia y posibles efectos secundarios de los medicamentos administrados.
 - Ayuda psicológica en la aceptación de enseñanza especializada, en los casos en que se considere necesaria.

b) *Tratamiento psicopedagógico*

Los principales objetivos del mismo son:

1. Sociabilización y autonomía del niño en las actividades de la vida diaria (comer, vestido, aseo personal, contacto con el medio ambiente, independencia para hacer recados, etc.).
2. Tratamiento específico de las funciones cognitivas más afectadas (comprensión, percepción, atención, memoria, ca-

- pacidad visuomotora, habilidad matemática, etc.).
3. Tratamiento de trastornos del lenguaje en su caso (logopedia).
 4. Psicoterapia en el niño, en los padres y/o en los educadores.

En cualquier caso, cada programa de trabajo debe organizarse de manera individualizada, en función de los problemas específicos de cada niño.

c) *Modificaciones ambientales*

Deben darse consejos a padres y educadores, con los que se modifique y normalize cualquier circunstancia ambiental o escolar que condicione o colabore en la producción del cuadro de hiperactividad con defectos de atención: sobreprotección familiar, rechazo familiar, rechazo por compañeros, defectos de comunicación social, problemática familiar, penuria económica, etc.

d) *Tratamiento medicamentoso*

Se utilizan cuatro tipos de fármacos, en función de la sintomatología predominante: psicoestimulantes, neurolépticos antipsicóticos, ansiolíticos, o antidepresivos.

1. *Fármacos psicoestimulantes.* Son fármacos capaces de estimular conductas de personas normales por mecanismos que implican reducción del umbral del estado de alerta o de vigilia, facilitando así al niño las respuestas más fáciles y rápidas a los estímulos exógenos y endógenos. Su acción se debe a la liberación de catecolaminas, inhibición de receptores postsinápticos y estimulación de receptores dopamínergicos y adrenérgicos, facilitando la transmisión sináptica y aumentando la ac-

tividad excitadora del sistema reticular activador ascendente.

Los psicoestimulantes más utilizados son: anfetamínicos, no anfetamínicos, y xánticos. Entre los *anfetamínicos*:

- a) Derivados de la anfetamina: Centramina® (sulfato de anfetamina compr. 10 mg.). Dosis = 0,1-0,5 mg./kg/d repartidos en desayuno y comida del mediodía.
- b) Derivados de la pemolina: Neurocor-din® (compr. o cuch. con 10 mg. pemolina de Mg, asociado a GABA, piritoxina y acetil-glutamina). Dosis 40-60 mg./día. Su potencia de acción es inferior a la anfetamina.

El modelo de *estimulantes no anfetamínicos* es el metilfenidato o Robifen® (compr. 10 mg.), a dosis = 0,25-1 mg./kg./d repartidos en desayuno y comida del mediodía.

Los efectos secundarios son comunes a psicoestimulantes anfetamínicos y no anfetamínicos, en forma de insomnio, cefalea, dolor abdominal, anorexia, reducción de la talla, perseveración por exceso de atención, disforia, taquicardia, hipertensión arterial, tics, movimientos estereotipados. Por ello deben utilizarse las dosis mínimas eficaces, que se deciden comenzando por dosis mínimas, que se aumentan cada 2-3 días hasta llegar a dosis que sean eficaces y al mismo tiempo bien toleradas. En cualquier caso, dado el riesgo de habituación y de dependencia física y psicológica, es recomendable no dar el tratamiento los días no lectivos, ni durante las vacaciones escolares. En general, no debe prolongarse el tratamiento más de un curso escolar.

Mucho más inocuos, pero también menos efectivos, son los psicoestimulantes xánticos como la cafeína, que actúan modificando los niveles plasmáticos y cerebrales de AMP cíclico.

2. *Neurolepticos antipsicóticos* Se utilizan cuando existen conductas claramente anormales, cercanas a las psicosis infantiles. Considerando sus características más sobresalientes —potencia antipsicótica, sedación, acción antiemética, efectos extrapiramidales, e hipotensión— los fármacos idóneos de este grupo en niños con hiperactividad y defectos de atención son:

a) Fenotiazinas:

- Tioridazina (Meleril® grageas 10 mg.). Dosis 10 mg. 2-3 veces/día. Efectos secundarios: sedación, sequedad de boca, vértigo, trastornos de la acomodación, hipotensión arterial.
- Trifluoperazina (Eskazine® grageas de 1 mg. y 2 mg.) a razón de 1-4 mg./día, con efectos secundarios similares.

b) Benzamidas: exclusivamente el sulpiride (Dogmatil® cápsulas de 50 mg. cuch. 25 mg.) a razón de 5-10 mg./kg. en 3 tomas. Las otras benzamidas (metoclopramida, clebopride) son especialmente antieméticas y con menor acción neuroléptica.

3. *Fármacos ansiolíticos*. Es frecuente una gran ansiedad en los niños con hiperactividad y defecto de atención, y cuando dicha ansiedad es el síntoma sobresaliente, será este tratamiento el idóneo y/o exclusivo, escogiendo preferentemente ansiolíticos con anillo benzodiacepílico:

- a) De acción intermedia, como el Oxacepam (Adumbran® compr. 10 mg.) a razón de 10-20 mg./día; que suele dar somnolencia como efecto secundario, especialmente al comienzo del tratamiento.
- b) De acción prolongada, como:

- Medacepam (Nobrium® cápsulas 5 mg.) a dosis = 5-15 mg./día, que puede producir fatigabilidad y cierta somnolencia.
- Clordiacepóxido (Librium® grageas 5 mg.) a dosis = 5-20 mg./día.

4. *Fármacos antidepresivos*. Otras veces predomina la neurosis depresiva en el niño, situación relativamente frecuente debido a que su conducta, hiperactividad, fracaso escolar, defecto de comunicación «normal» con otros niños, etc., suele provocar el rechazo a nivel escolar y familiar, lo que provoca una depresión reactiva en el paciente.

En tales casos suelen utilizarse antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos, especialmente los de la tercera generación como la Minaprina (Isopulsan® compr. 50 mg.), a dosis = 1-2 mg./kg./día, tras desayuno y comida, hasta 100 mg./día en adolescentes, que puede producir dispepsias, irritabilidad, agresividad, vértigo o cefaleas.

Los antidepresivos de la segunda generación producen más sedación y tienen efectos colinérgicos, siendo por ello menos tolerables. Entre ellos destacan la Maprotilina (Ludiomil® compr. 10 mg. dosis = 10-40 mg./día), y la Mianserina (Lantanon® compr. 10 mg., dosis = 10-30 mg./día). Los antidepresivos de la primera generación tienen un notable efecto colinérgico y sedante, por lo que son poco tolerados en comparación con los de la tercera generación. Los más utilizados de entre los de la primera generación son Imipramina (Tofranil® 10 mg. y 25 mg. grageas, dosis = 1-2 mg./kg./día), Amitriptilina (Tryptizol® grageas de 10 y 25 mg. dosis = 10-50 mg./día) y Doxepina (Sinequan®, cápsulas 25 mg. dosis = 12,5-25 mg./día).

BIBLIOGRAFIA

- CHAPEL, J. L.: *The hyperactive child*. Amer. Fam. Physician, 1982; 26: 210-215.
- DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM-III). Washington. American Psychiatric Association, 1980, 3.^a ed.
- KLEIN, R. G.: *Pharmacotherapy of childhood hyperactivity; an update*. En *Psychopharmacology: the third generation of progress*, MELTZER, H. Y. (ed.), New York. Raven Press, 1987, 1.215-1.224.
- POLAINO-LORENTE, A.: *Utilidad de las terapias conductual-cognitivas y de otros procedimientos de intervención psicopedagógica en el tratamiento de la hiperactividad infantil*. En *Neuropsychologie infantile. Données récentes*, NARBONA, J.; POCH-OLIVE, M. L. (eds.), Pamplona. Depto. de Neuropsicología Infantil, Clínica Universitaria, 1987, 165-184.
- SOLANTO, M. V.: *Neuropharmacological basis of stimulant drug action in attention deficit disorder with hyperactivity: a review and synthesis*. Psychol. Bull. 1984; 95: 387-409.