

Déficit de atención – intervenciones terapéuticas

Edgard J. Belfort G.*

Introducción

En la última década ha existido un gran interés en entender los trastornos en la población infantil, en especial aquellos que por su repercusión en el desarrollo y proceso de socialización generan un impacto no deseado. Como a propósito lo constituye el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.

Interés evidenciado en la diversidad de información presentada a través de los artículos, libros, trabajos científicos y de investigación en el área, lo cual ha permitido, desde hace algunos años, un entendimiento más específico de dicha entidad, así como, su diagnóstico, abordaje y tratamiento; quedando, desde luego, algunas interrogantes. No obstante, esos avances y la experiencia clínica permiten seguir incursionando en la complejidad de ese trastorno.

Una adecuada evaluación y diagnóstico antecede al tratamiento y al pronóstico de tal entidad. Los síntomas de inatención, impulsividad, irritabilidad, dificultades académicas, cognitivas, etc., pueden reflejarse en una variedad de trastornos infantiles. En ese sentido es esencial obtener un adecuado entendimiento y curso del problema antes de intentar su intervención, máxime, cuando se conocen los procesos de comorbilidad presentes en los déficits de atención.

En este capítulo se tratará de hacer referencia a los enfoques multimodales existentes a la luz de la data y experiencias clínicas obtenidas.

Como hacer una intervención adecuada

Como primer paso, el desarrollo de un protocolo de abordaje o plan de trabajo debe contemplar los siguientes aspectos:

- la efectividad o propósito de tratamiento;
- el tratamiento en sí y su modalidad;
- la vía o instrumentación para evaluar su efectividad y monitoreo;
- las alternativas de tratamiento;
- la posibilidad de contemplar enfoques multimodales de tratamiento.

RESUMEN

Se estudia un plan de trabajo con el déficit de atención considerándose el enfoque familiar educacional y comunitario. El enfoque psicofarmacológico indica sus ventajas y desventajas, las estrategias de elección de las drogas y como monitorear todo el proceso, con vistas a una visión integral del tratamiento.

PALABRAS-LLAVES

Déficit de atención, intervenciones terapéuticas.

* Médico Psiquiatra Infantil y Juvenil. Profesor y Coordinador de Post-grado de Psiquiatría Infantil y Juvenil da la Universidad Central de Venezuela. Jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Presidente de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría.

Como segundo paso, evaluar los aspectos controversiales en el tratamiento:

- considerar soportes consistentes en las diferentes modalidades de abordaje, para la selección del más adecuado;
- pruebas como intervención dietética con exclusión de azúcares, comidas artificiales, colorantes y preservativos, no tienen soporte consistente ni relación significativa con los problemas de aprendizaje y conductuales;
- uso de altas dosis de vitaminas y minerales, tales como potasio, sodio, zinc, etc.; no ha tenido justificación y soporte científico adecuado. Hecho puesto de manifiesto por la Asociación Psiquiátrica Americana y la Academia de Pediatría (Goldstein & Ingersoll, 1996).

En un tercer paso, evaluar los diferentes modelos terapéuticos de intervención y su factibilidad.

- Enfoque familiar.
- Enfoque educacional.
- Enfoque cognitivo-conductual.
- Enfoque psicoterapéutico.
- Enfoque farmacoterapéutico.

Un cuarto paso lo constituye la motivación y constancia para el seguimiento de los pacientes y la evacuación del impacto del tratamiento.

Como quinto paso, entender la posibilidad de responder con facilidad algunas inquietudes del grupo familiar, resultados y avances científicos en el área.

Consideraciones para el enfoque familiar

Que debemos tener presente

Como prioridad, la familia debe incluirse en el plan de trabajo integral. En el mismo momento en que el niño es diagnosticado, habrán de considerarse estrategias de ayuda para el grupo familiar en paralelo.

Considerar algunas herramientas que nos permitan responder con facilidad algunas inquietudes del grupo familiar frecuentemente expuesta por ellos:

- Cómo manejarse u organizarse.
- Cómo responder a las demandas de la casa y la escuela.
- Cómo integrar la casa y la escuela.
- Cómo utilizar las técnicas, medios psicológicos, sociales o redes de apoyo existentes.
- Cómo manejar las dificultades, confusiones o controversias entre ellos.
- Cómo entender las consecuentes frustraciones y preocupaciones.
- Cómo manejar las relaciones interpersonales y la disciplina de los niños y del grupo familiar.

Como establecer parámetros de disciplina

En relación a este aspecto, han de proporcionarse algunas sugerencias que deben ser tomadas en consideración:

- las normas de disciplina deben estar presentes y ser constantes. El *feedback* tiene que ser inmediato, así como la evaluación de sus consecuencias;
- inoperante el castigo aislado, sin el *feedback* positivo;
- evaluar incentivos para corregir las conductas vs el castigo;
- el castigo sin justificación refuerza conductas negativas e invita a conseguir vías más retaliativas y hostiles;
- invitar a los padres a seguir un rol positivo;
- entender que esos niños reciben más represalias del entorno que otros;
- el castigo debe estar centrado en perder privilegios o actividades centrales por un período de tiempo, en balance con las conductas expresadas. Este debe ser consistente y selectivo;
- deberá responderse a los cambios de conducta en forma natural;
- deberá utilizarse la misma metodología por parte de ambos padres o de la figura responsable;
- evaluar el programa, luego de dos semanas de su implementación.

La llave para el programa es hacer entender a los padres que el niño con ADHD no ha perdido la inteligencia, habilidades o razonamiento; y desde luego, la participación y constancia de ellos, traducida en resultados óptimos.

Los padres y la medicación – que hacer

Cuando la medicación forma parte del tratamiento, debe suministrarse información en forma adecuada en relación a éste. Los siguientes aspectos son interrogantes que observamos con frecuencia en nuestra práctica, y que son de interés para los familiares.

- Nombre del medicamento.
- Ventajas conocidas y su efectividad en otros niños.
- Tiempo esperado de respuesta.
- Cómo trabaja el fármaco.
- Cuáles son sus efectos colaterales.
- Qué puede ocurrir. Por ejemplo, causa adicción?
- Cuál es el tiempo y número de veces que debe tomarlo.
- Si existen limitaciones o interacciones con otros medicamentos o alimentos.

Todas esas áreas en el enfoque familiar serán de gran ayuda en el abordaje de esos grupos y por ende del niño.

Consideraciones para el enfoque educacional

Que debemos tener presente

Uno de los problemas más frecuentes que el niño expresa es lo concerniente al desarrollo de sus actividades académicas, hecho soportado por los reportes escolares. Un alto porcentaje de esos niños presentan alteraciones en su área emocional (autoestima, cuadros de ansiedad, depresión, etc.); agudizados en la medida en que los maestros sólo señalan sus dificultades.

Esas dificultades para cumplir con los objetivos (no atiende problemas para organizarse, hiperactividad, impulsividad, dificultades comunicacionales, etc.) generan en los maestros inquietudes y frustraciones al no encontrar respuestas para ayudar a esos niños en su proceso de socialización. Situación que justifica plenamente la inclusión de los educadores en el plan de trabajo propuesto. Visto así, es necesario ilustrar a los maestros a entender el desorden, y capacitarlos en el manejo del mismo colaborando con el tratamiento, especialmente psicofarmacoterapéutico y familiar. Es decir, adaptar al maestro y sus actitudes a las necesidades reales de esos niños.

Otro aspecto a considerar se refiere a las fallas o problemas específicos para el aprendizaje, donde pueden estar comprometidas las habilidades o adquisición de destrezas en su lectura, cálculo y escritura. Sustentado ello, por la presencia de problemas de aprendizaje específico, en un 25% de los niños con ADD con o sin hiperactividad. Visto así, debe sugerirse la implementación de programas educativos, remediales o técnicas de reforzamiento positivo, para ser incluidos en el ambiente escolar.

Algunas sugerencias a considerar para los profesores de estudiantes con ADD – ¿Que hacer?

- Mantener la estructura y rutina escolar establecida, vinculada al educando de manera consistente.
 - Generar un ambiente escolar propicio, para el éxito y reforzamiento positivo.
 - Organizarse para el soporte y ayuda en la presentación de sus trabajos con actitud positiva, ajustada a las expectativas y nivel del estudiante, donde éste pueda en algún momento ser exitoso. Es decir, tratar de buscar pequeños signos de mejoramiento que permitan su refuerzo como punto de partida de la acción.
 - Asumir nuevos paradigmas en la presentación de las asignaciones o lecciones de esos niños. El profesor debe hacer un esfuerzo adicional en modificar su estilo, y encontrar las necesidades de sus estudiantes.
- Promover la motivación como elemento primordial en el salón de clase y en la mente del profesor, estimulando las ideas y la creatividad.
 - Seleccionar una ubicación adecuada en el salón, preferiblemente próxima al profesor, evitándose su cercanía a las ventanas o áreas de mayor distractibilidad en el salón.
 - Identificar puntos de posibles alianzas con el estudiante, de modo que se facilite el aprendizaje y desarrollo de una adecuada autoestima, tales relaciones pueden contener ingredientes de entendimiento, ayuda, respecto, etc.; que podrían traducirse en el estudiante, en un esfuerzo adicional para satisfacer al maestro y a sí mismo.
 - Enseñar al niño a monitorear sus conductas o dificultades – como observadores de éstas. En la actualidad se dispone de herramientas para tal fin, por ejemplo: el programa ADAPT, presentado por Parker (1992), el cual contiene un número de ítems de automonitoreo a ser utilizado por estudiantes de educación básica.
 - Enfatizar la importancia de la participación del profesor en el plan de tratamiento con fármacos, solicitándosele sus observaciones y comentarios, que podrían ayudar a monitorear el tratamiento, señalándole la repercusión que estos generan en el alumno, en su predisposición para aprender, e informándole acerca de los efectos, beneficios y cualidades del tratamiento indicado.

Consideraciones para el enfoque comunitario

Visión estratégica

La comunidad, como soporte de los procesos de socialización en estos niños, debe estar presente. Por eso es importante tener algunos elementos como punto de partida de nuestras acciones para ser incluidas en los programas propuestos. Por ejemplo:

- a. ajustar la educación de estos niños a la Constitución Nacional, como un Derecho público a ser educados a pesar de sus limitaciones;
- b. visionar la importancia de la educación pre-escolar en del abordaje preventivo de las dificultades presentes;
- c. promocionar una alimentación adecuada y calidad de vida más ajustada a las necesidades de los procesos de desarrollo;
- d. promover una visión global en la génesis de esa problemática;
- e. establecer grupos de cooperación, de autoayuda o instituciones ONG para tal fin.

Consideraciones para el enfoque psicofarmacológico

¿Que debemos hacer?

1. Prepararse para la medicación

- A. Educarse acerca del ADHD.
- B. Informarse acerca de la medicación y sus mitos.
Por ejemplo:
 - la respuesta a los estimulantes no es un diagnóstico;
 - no interfiere en el proceso evolutivo de la pubertad;
 - no causan adicción;
 - no desencadena convulsiones.
- C. Informarse acerca de las quejas tanto de la casa como de la escuela.

2. Monitorear el proceso

- A. Efectos colaterales.
- B. Efectos sobre la conducta.
- C. Aprendizaje y progresos académicos.
- D. Interacciones sociales a través de:
 - Informes de los maestros.
 - Observaciones de los padres.

3. Elección de la droga

- A. Estimulantes
¿Por qué?
 - Mejores estudios.
 - Mayor eficacia.
 - Medianos efectos colaterales y reversibilidad.
 - Rápido inicio de acción.
 - Bajas dosis producen menos efectos colaterales.
 - No empeoran lo tics.

A1. Elección a ritalin (metilfenidato)

- ¿Por qué?
 - Más estudios, más accesible
 - Menos potencializador que la dextroanfetamina.
 - Más efectivos, pocos efectos colaterales.
 - Más fácil de manejar que la pemolina.
 - Podría ser más efectivo en reducir actividad motora.

Dosificación

1. Gran amplitud de variación en el padrón, drogas-respuesta.
2. Dosis inicial: 0,5 mg/kg/una o dos veces al día.
3. Incrementos diarios o semanales. Dependerá de la severidad de los síntomas.
4. Dosis máxima diaria, 60mg.
5. Eficacia inmediata aparente. Inicio de acción: 30-60 min. Vida media de 2 a 4 horas.
6. Evaluar a las dos semanas, adecuación de la dosis.
7. Rango óptimo: entre 0,7-0,8 mg/kg/dosis. Administrada dos o tres veces al día.

8. Pre-púberes pueden necesitar incrementos periódicos de las dosis.
9. Monitorear las quejas.

A2. Elección B dextedrina (dextroanfetamina)

1. Considerar su uso, si con ritalin se observa:
 - a. excesivos efectos colaterales;
 - b. inadecuada respuesta;
 - c. corta duración en la acción de cada dosis;
 - d. dificultad a su tolerancia.

Ventajas

- Puede tener mayor duración en la acción.
- Menor costo.
- Puede tener mayor efecto en la conducta agresiva, que el metilfenidato.
- 75% de aquellas que respondieron poco a ritalin, pueden tener respuestas positivas a dextedrina y viceversa (Elia y Colab, 1991).
- Flexibilidad en grandes dosis (5, 10, 15 mg) más que el ritalin.
- Acción más predecible que el metilfenidato.

Desventajas

- Mayor dificultad en obtenerla.
- Mayor estigma.
- Elevado riesgo de abuso de la droga.
- Mayores efectos colaterales: disminución del apetito, alteraciones del crecimiento, conductas compulsivas, otros.

Dosificación

Dosis inicial: 2,5 mg/día.

Incrementos semanales: 2,5 mg/día.

Rango: dosis: 0,1-0,5 mg/kg/día.

Dosis máxima diaria: 40 mg/día.

Estrategias para los efectos colaterales de ritalin o dextedrina

Algunas consideraciones:

- a. Efectos colaterales generalmente incrementan linealmente con la dosis
- b. Comúnmente los efectos colaterales pueden desaparecer en dos o tres semanas, al reducir la dosis. Por ejemplo:
 - irritabilidad inicial;
 - cefalea;
 - dolores abdominales;
 - pérdida de peso;
 - efecto rebote.
- c. En el caso de inhibición del apetito:
 - dar la medicación después del desayuno u almuerzo;
 - dar un complemento vitamínico;
 - reducir dosis durante fines de semana y vacaciones.
- d. En el caso de insomnio:

Evaluar causas:

 - síntomas ADHD o conducto oposicionista;
 - efecto directo del estimulante;

- efecto rebote.

Acciones:

- modificación de conducta;
- menor dosis antes de dormir, ubicarla en las mañanas;
- clonidina antes de dormir.

A3. Elección C pemolina (Cylert)

Dosificación

Dosis inicial: 37,5 mg/día

Incrementos: 18,75 mg/día o semanales, de acuerdo a la respuesta

Dosis máxima: 112,5 mg/día.

Desventajas

- Hepatitis
- Movimientos adventicios
- Efectos inmediatos o tardíos

Ventajas

- Eficacia en trastornos conductuales (Shah, 1994)
- Predictibilidad

Considerar:

- imposibilidad de dar el medicamento en la escuela;
- recomendado en internados, por su vida media;
- conveniencia en períodos de vacaciones.

B. Elección D Alfa 2. Agonistas adrenérgicos

Indicaciones

1. En combinación con estimulantes por:
 - a. insomnio;
 - b. en ADHD con hiperactividad, labilidad, irritabilidad, conducta desafiante, explosiva, baja tolerancia a la frustración;
 - c. en respuesta parcial a los estimulantes;
 - d. en efectos colaterales producidos por los estimulantes.
2. En sustitución de los estimulantes. Si hay tics presentes o si se han desarrollado.

B1. Clonidina (catapresan)

Dosificación

Bajas dosis para evitar sedación

Requerimientos de dos o tres tomas

Iniciar: 0,05 mg/día.

- a. En las noches, si hay problemas de insomnio.
- b. En las mañanas, si hay problemas de conducta.
- c. Si se mantiene la tensión arterial adecuada sin sedaciones, incrementar dosis en ½ tableta (0,05 mg) cada tres días hasta QID.

Otro esquema:

Iniciar: 0,025mg (1 cuarto de tableta) QID, incrementos graduales de cada dosis a 0,05 mg.

Rango terapéutico 3-6 microgramas/kg/día. 0,15 a 0,4 mg/día.

Niños pre-escolares pueden necesitar baja dosis inicial.

Respuestas terapéuticas usualmente se esperan entre 2 y 4 semanas. Máximos efectos entre 2 y 4 meses.

No suspender clonidina bruscamente.

Efectos colaterales:

- sedación (pueden disminuir de 2 a 4 semanas);
- hiperglicemia;
- hipotensión.

B2. Guanfacina (tenex)

Poca información de la eficacia.

Puede ser usado sólo o en combinación con estimulantes.

Potencial ventaja sobre la clonidina:

- menos dosis requerida;
- menos efectos sobre el sueño y sedación;
- más efectivo en la atención.

Dosificación

Inicial: ½ tableta de 1 mg en las noches. Incrementar ½ tableta cada tres días hasta QID, de acuerdo y efectos colaterales.

Dosis pediátrica usual: 1 a 4 mg/día

Efectos colaterales:

- cefaleas;
- dolores abdominales;
- agitación;
- sedación transitoria.

C. Elección F antidepresivos tricíclicos (TCA)

Indicaciones

Si los estimulantes están contraindicados.

Inefectividad de los estimulantes.

Inaceptables efectos colaterales, tales como: tics, disforia, pérdida de peso, otros.

Considerar comorbilidad o historia familiar de ansiedad ó depresión

Elección de los TCA

C1. Imipramina menos costosa, pero más anticolinérgica

C2. Desipramina tiene mejor eficacia, pero hay data controversial de muertes súbitas

C3. Amitriptilina. No usar

Precauciones antes de iniciar com TCA

- Electrocardiograma.
- Presión sanguínea
- Evaluar historia familiar de enfermedades cardiovasculares, arritmias o muertes súbitas.
- Considerar EEG, si hay riesgo de convulsiones.

Dosificación: Imipramina y disipramina

Iniciar: 10 a 25 mg/día (0,5 a 1 mg/kg/día).

Dosis divididas TID en pre-púberes.

BID en niños y adolescentes.

Rango terapéutico: dosis desde 2 mg/kg/día a 5 mg/kg/día.

Incrementos semanales de 1 mg/kg/día. Máxima dosis de 5 mg /kg/día.

No relación entre niveles plasmáticos y eficacia.

Respuesta por encima de dos semanas.

D. Combinación de estimulantes y TCA

Poca data de información que lo sustente.

El ritalin incrementa niveles de los TCA
Pueden conducir a labilidad afectiva, confusión, agresión marcada y severa agitación (Grob & Coyle, 1986).

E. Otras drogas

E1. Bupropion (welbutrin)

Eficacia:

- Modesta eficacia
- Estudio que muestra resultado compatible al metilfenidato (Barrizkman et al., 1995).
- Puede ser útil en los trastornos de conducta.

Dosificación

Dos o tres dosis, diariamente.

Iniciar con 50 mg/día o 3 mg/kg/día.

Respuesta sobre las dos semanas, máxima 250 mg/día o 6 mg/kg/día.

E2. Fluoxetina

Data anecdótica.

Más usada para trastornos de conducta ó emocionales, que para la atención

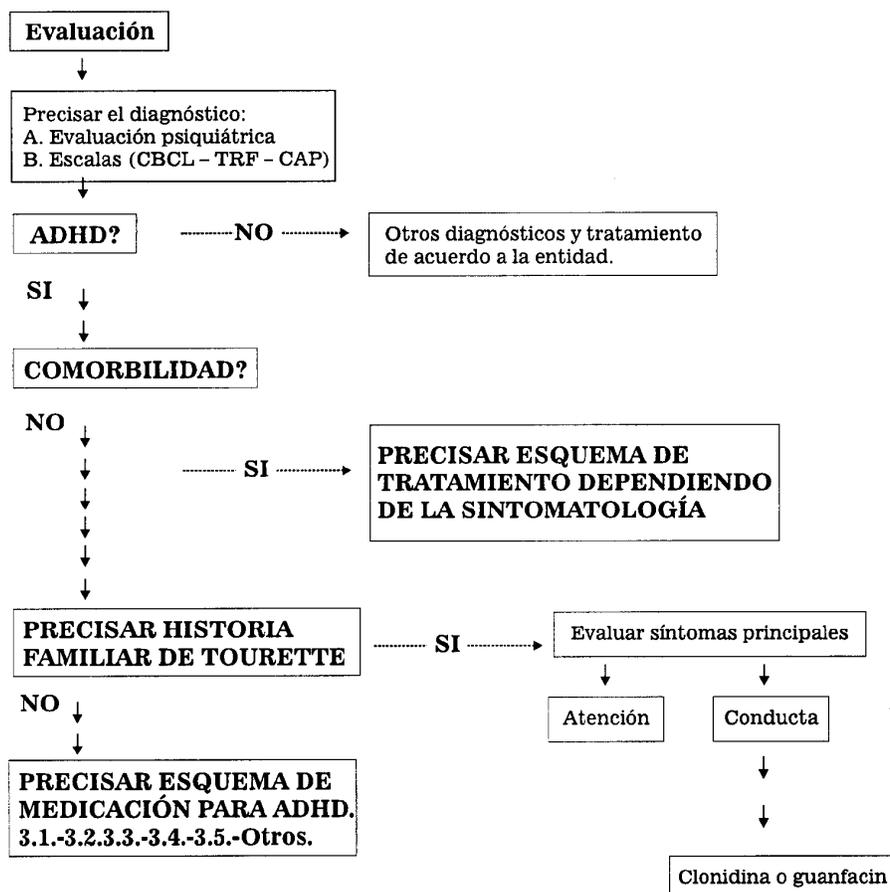
Ritalin incrementa niveles sanguíneos de Fluoxetina.

E3. Venlafaxina

No se dispone de información.

Finalmente, la visión integral en el tratamiento de ese trastorno debe de estar siempre presente. El trabajo en equipo y la sinergia que podemos establecer constituyen signos-llaves para el posible éxito en beneficio de nuestros pacientes.

Esquema del proceso de decisión en el tratamiento farmacológico de los trastornos por déficit de atención



SUMMARY

The author studies a plan for the treatment of the attention deficit considering family, education and community. The psychopharmacologic approach indicates its own advantages and disadvantages, and the strategies of choice of the drug. In addition, the process is monitored, with views to an integral vision of the treatment.

KEY WORDS

Attention deficit disorder, therapeutic intervention.

Bibliografía

1. BARRICKMAN, L.L.; PERRY, P.J.; ALLEN A.J.; KUPERMAN, S.; ARRIDT, S.V. HERMANN, K.J. SCHUNACHER, E. Bupropion versus Methylphenidate in the treatment of attention deficit hiperactivity disorder. **J. Am. Acad. Child. Adoles. Psychiatry** 35: 649-657, 1995.
2. ELIA, J.; BORCHERDING, B.G.; RAPOPORT, J.L.; KEYSOR, C.S. Methylphenidate and Dextroamphetamine treatments of hiperactivity: Are there true nonresponders? **Psychiatry Research**, 36: 141-155, 1991.
3. GOLDSTEIN, S.; BARBAIZA I. Controversial treatments for children with ADD. Children & Adults with attention deficit disorders. **CH.ADD. Facts**. 6: 1996.
4. GROF, C.S.; COYLE, J.T. Suspected adverse methylphenidate – Imipramine interactions in children. **J. Developmental Behavioral Pediatrics**. 7: 265-267, 1986.
5. PARKER, C.H. **The Adapt Program. Plantation**. Florida. Speciality Press Inc. 1992.
6. PARKER, C.H. **The ADD Hyperactivity Workbook for parents, teacher and kids**. Second Edition. P. 142, 1994.
7. POPPER, C. & ZIMNITZKY, B. **Child and adolescent pshychofarmacology**. Update. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology Update*. 6; n 1; 1-40, Spring, 1996.
8. RUSSELL, A. **Barkley. Taking charge of ADHD. The complete, authoritative guide for parents**. New York/London, The Guilford Press. 1995.
9. SHAH; S.L.M.; ABIKOFF, K.R.G. Pemoline for children and adolescent with conduct. Disorder. A pilot investigation. **J. Child Adolesc. Psycopharmacology**, 4: 255-261, 1994.
10. THEESE, K.; PHARM, D. **The Handbook of Psychiatric Drug Therapy for Children and Adolescent**. Chap. 1 Pharmaceutical product press. New York, Haworth Press Inc. 1995.
11. WAYNE, G.H. **Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology**. Second Edition. P.p. 56-77. Baltimore, Williams & Wilkins. 1995.
12. WENDER, P.H. **Attention Deficit Hiperactivity Disorder in Adults**. Oxford University Press. New York, 1995.
13. WEISS, M. Changes in the approach to pharmacotherapy for ADHD. **News Child & Adolescent Psychopharmacology**, 1: 5-8, 1996.

Endereço para correspondência:

Edgar Belfort
Urbanización El Bosque
Av. El Golf, Quinta 76
Caracas 1010, Venezuela