Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y sus tratamientos

Beatriz Martínez Núñez
Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia

@dr.beamartinez

BEATRIZ MARTÍNEZ

PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

TDAH

BEATRIZ MARTÍNEZ

PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

MENÚ NUEVO BUSCAR

Bebés y más

El psiquiatra que "descubrió" el TDAH confesó antes de morir que "es una enfermedad ficticia"

23 Mayo 2013 - Actualizado 1 Enero 2018, 18:51

GUARDAR 211 COMENTARIOS

ARMANDO
@armando_bastide

A la psiquiatría hace tiempo que se le ve el plumero. Son tantas las enfermedades y trastornos que se describen en sus manuales que hoy en día lo raro es no tener nada. Después de hacer saltar las alarmas al incluir las rabietas en el último Manual de Pediatría DSM (la biblia de los psiquiatras) y después de ver como el gobierno estadounidense declara en un informe que 1 de cada 5 niños tiene un trastorno de la salud mental, cifras que parecen un insulto al sentido común de la población, porque es imposible que tantos niños estén mentalmente enfermos, aparecen unas declaraciones de **Leon Eisenberg, el psiquiatra que "descubrió" el TDAH**, que no dejan indiferente a nadie que viva o trabaje con niños.

El semanario alemán *Der Spiegel*, en un artículo en que ponía en relieve el aumento de enfermedades mentales en la población alemana, explicó que Eisenberg dijo, **siete meses antes de morir**, cuando contaba ya con 87 años, **que "el TDAH es un ejemplo de enfermedad ficticia"**.

Los inicios del TDAH

ABC FAMILIA

Buscar en ABC

Acceso / Regist

ESPAÑA INTERNACIONAL ECONOMÍA OPINIÓN DEPORTES CONOCER FAMILIA MOTOR GENTE SUMMUM CULTURA & OCIO MADRID EDICIONES SERVICIOS ABC SEVILLA

ÚLTIMA HORA La asamblea nacional constituyente de Venezuela convoca elecciones «antes del 30 de abril»

Publicidad

ENTREVISTA

«El TDAH no existe, y la medicación no es un tratamiento, sino un dopaje»

- El catedrático Marino Pérez, autor de «Volviendo a la normalidad», asegura que no hay biomarcador cerebral que justifique el Trastorno por Déficit de Atención

«Hay una patologización de problemas normales de la infancia», denuncia Marino - ernesto agudo

Publicidad

carlota fominaya
@carlotafominaya

20/10/2014 00:00h - Actualizado: - 20/10/2014 03:31h

«No existe. El TDAH es un diagnóstico que carece de entidad clínica, y la medicación, lejos de ser propiamente un tratamiento es, en realidad, un dopaje». Esta es la sentencia de Marino Pérez, especialista en Psicología Clínica y catedrático de Psicopatología y Técnicas de Intervención en la Universidad de Oviedo, además de coautor, junto a Fernando García de Vinuesa y Héctor González Pardo de «Volviendo a la normalidad», un libro donde dedican 363 páginas a desmitificar de forma demoledora y con todo tipo de referencias bibliográficas el **Trastorno por Déficit de Atención con y sin hiperactividad** y el Trastorno Bipolar infantil. Lo que sí que existe, y es a su juicio muy preocupante, es el fenómeno de la «patologización de problemas

...pero...

¿¿Qué es y cómo se diagnostica el TDAH??

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

Introducción

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

- **Interés** creciente en todos los ámbitos: social, educativo, sanitario.
- **PubMed**
  - 1990: 207 citas
  - 2000: 628 citas
  - 2012: 2290 citas
  - 2015: 25964 citas
  - 2023: 47962 citas
- **Google**: "Trastorno por déficit de atención con hiperactividad" 3.520.000 resultados.
- Es un trastorno que ha cambiado varias veces de **denominación** a lo largo de los años:
  - Inconcreción de criterios
  - Etiología poco clara

Introducción

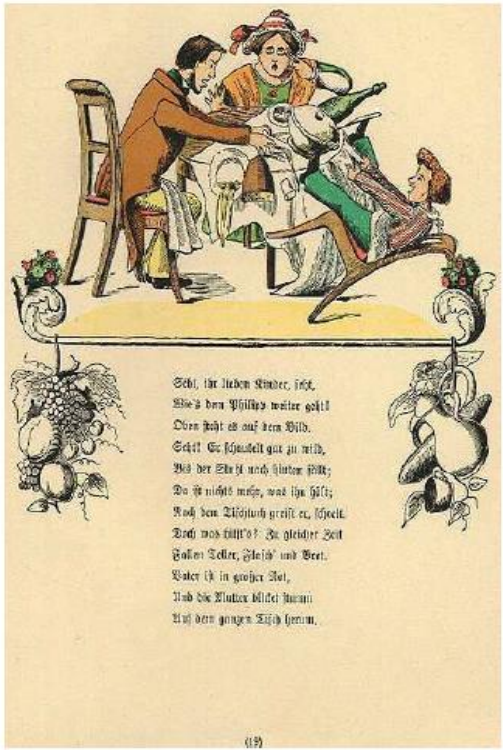
BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

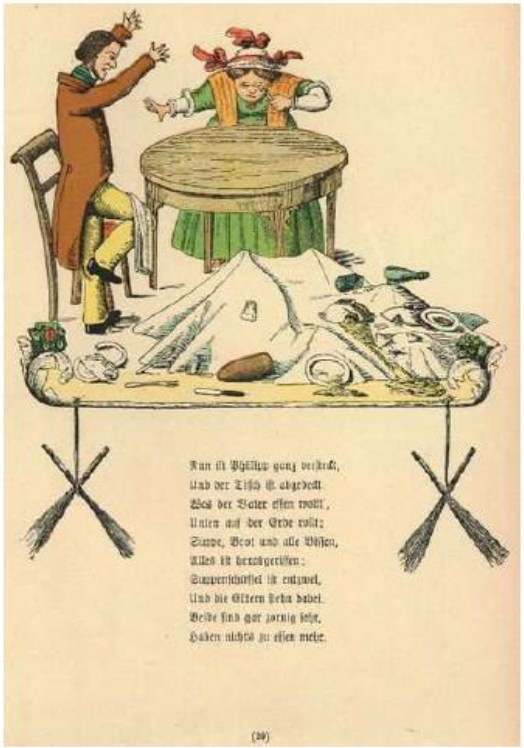
- **Hoffman 1845** primeras descripciones en un **cuento** de un niño (Philip) sobreactivo y difícil.
- **Bourneville 1897** definió el **"Niño inestable":** intranquilo, destructivo, sugestionable e impulsivo.
- **Still 1902** definió el **defecto anormal del "control moral" en niños.**
- **Clements y Peters 1962 "Disfunción cerebral mínima"**. No tiene por qué existir un daño identificable.
- **DSM III-R 1988** se habla por primera vez del **TDAH.**
- **CIE 10 1992** habla de **Trastornos hipercinéticos.**

Introducción

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

A continuación reproducimos las tres páginas de '*Die Geschichte vom Zappel-Philipp*' (*La historia de Felipe, el inquieto)*, un chico que causa grandes disgustos a sus padres con su temperamento hiperactivo y descuidado.





Introducción

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

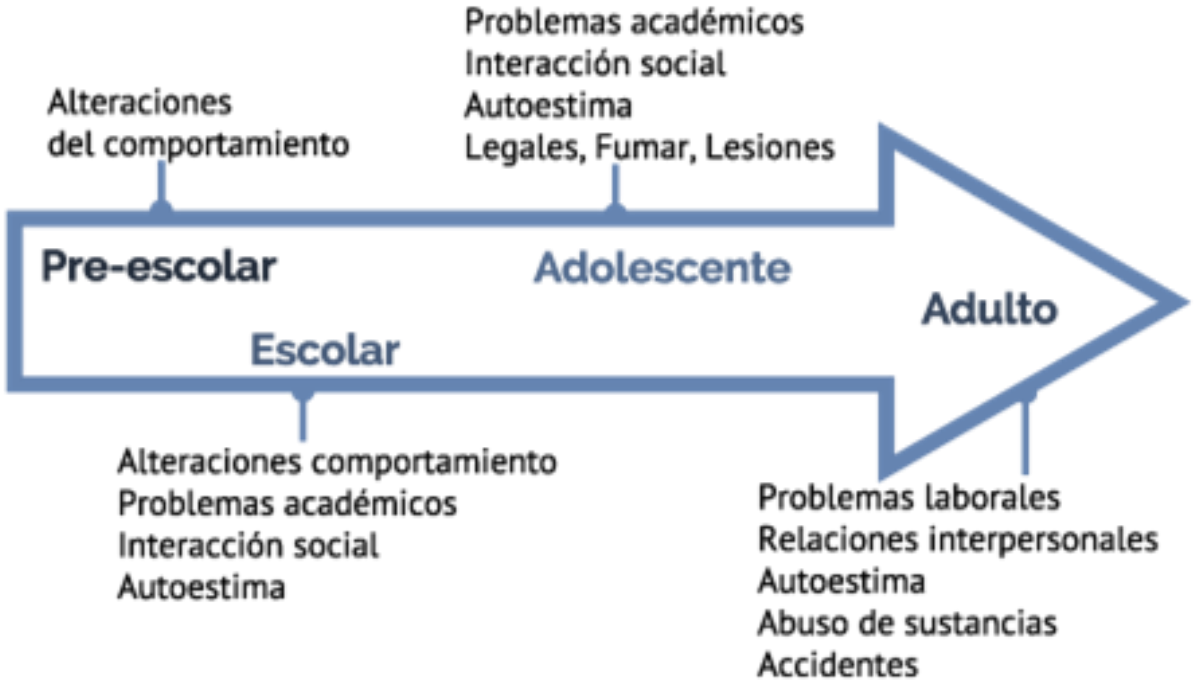
- **Hoffman 1845** primeras descripciones en un **cuento** de un niño (Philip) sobreactivo y difíc
- **Bour** estructivo, suge
- **Still**
- **Clem** existir un daño
- **DSM**
- **CIE 10 1992** habla de **Trastornos hipercinéticos.**

En **Estados Unidos**, tanto el metilfenidato como la dexanfetamina están disponibles desde 1955.

En **España**, el metilfenidato de liberación inmediata se autorizó por primera vez en 1963.

TDAH a lo largo de la vida

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA



5-10 % de los niños en edad escolar

Ramos-Quiroga JA et al, 2006

TDAH a lo largo de la vida

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

Evolución natural:

< Hiperactividad

= Déficit de Atención e Impulsividad

- 30-70 % persiste algún síntoma en el adolescente y en el adulto:
  - ✓ Peor rendimiento académico y laboral.
  - ✓ Más problemas sociales y legales.
  - ✓ Más problemas de pareja.
  - ✓ Mayor comorbilidad psiquiátrica:
    - Trastorno de Personalidad.
    - Depresión.

Mick E, Faraone SV, Biederman J. 2004

Etiología

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

No hay una causa única

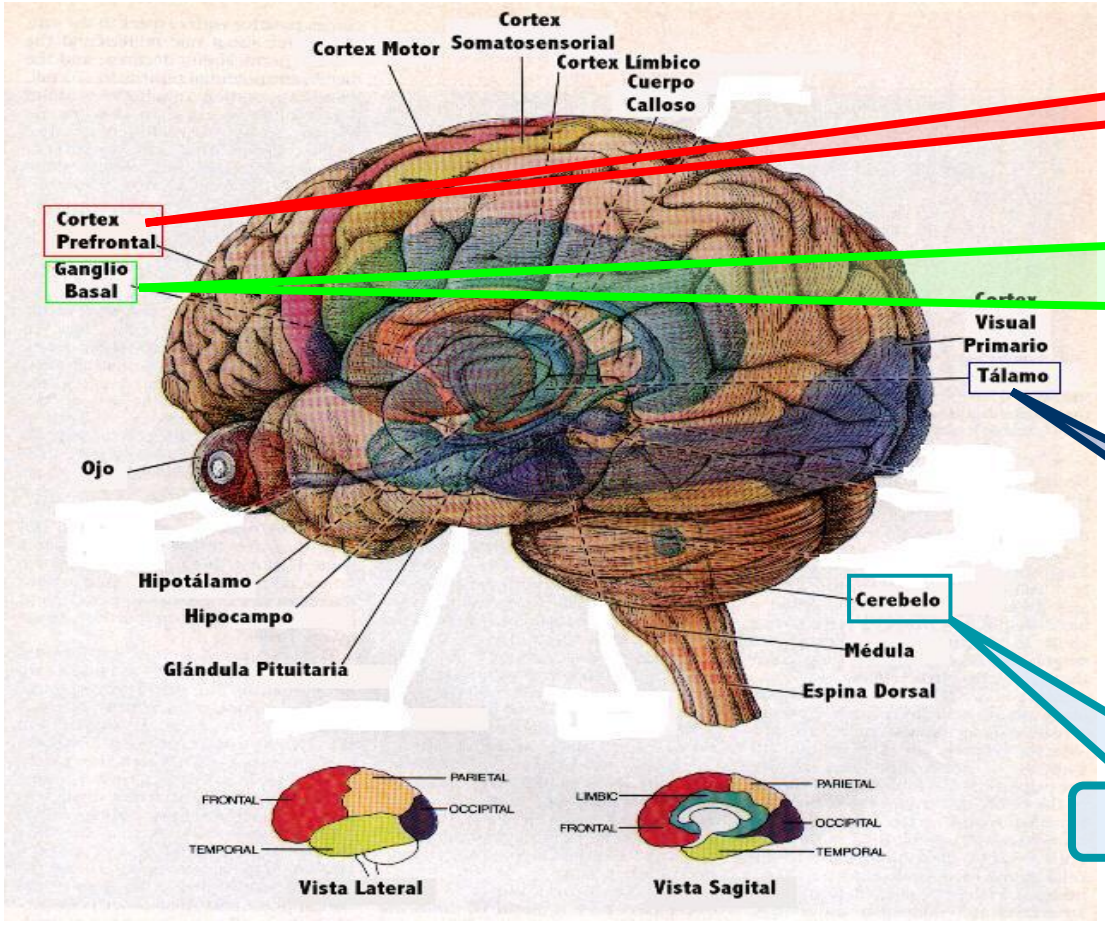
Múltiples factores

- Genéticos (x8):
  - Heredabilidad = 0,76.
  - Gen DRD4*7 cromosoma 11.
- Bajo peso al nacer (x3)
- Adversidad psicosocial (x4)
- Tabaco durante el embarazo (x3)
- Alcohol durante embarazo (x2)

Soutullo C, Díez A. 2007

Etiología

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA



Mantiene la alerta evitando la distracción

Desconectan respuestas automáticas determinando un estado consciente de razonamiento

Desplazamiento de la atención de un estímulo a otro

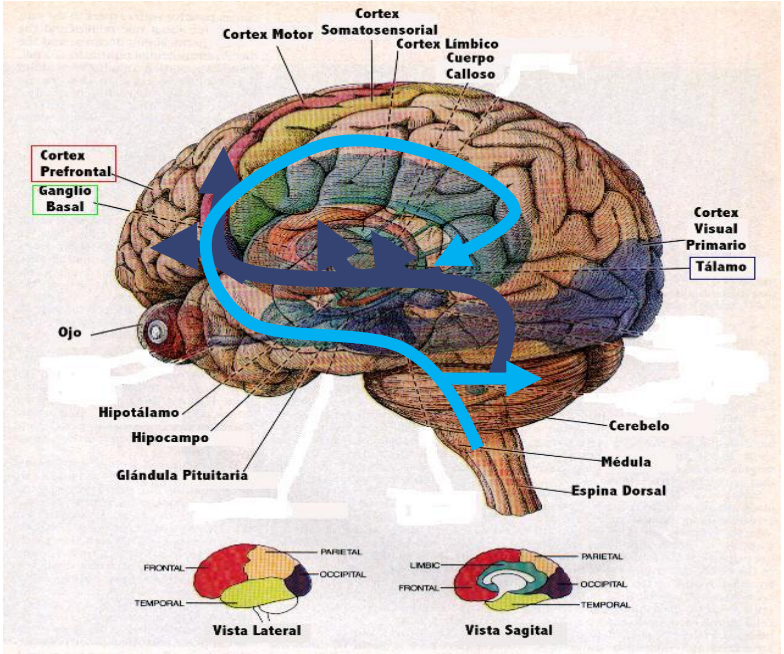
Procesamiento

Brown TE. 2006

Etiología

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

Factores QUÍMICOS:



— Vía dopaminérgica

— Vía Noradrenérgica

↓ NA y DA

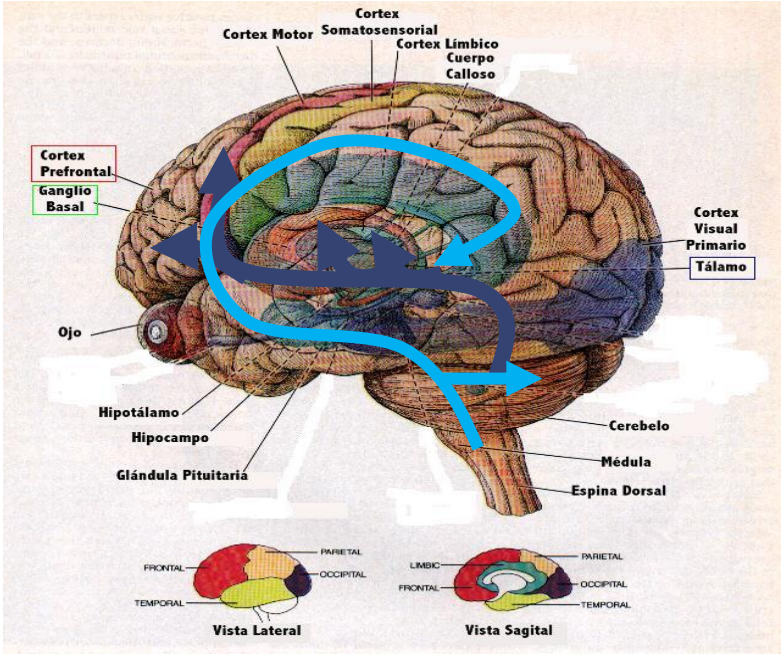
Por exceso en recaptación

Soutullo C, Díez A. 2007

Etiología

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

Factores QUÍMICOS:



Serotonina como modulador: La serotonina juega un papel clave en la regulación del estado de ánimo, la impulsividad y el control emocional.

Desequilibrios en la serotonina pueden contribuir a problemas de regulación emocional en pacientes TDAH, lo que explica su importancia como modulador.

Soutullo C, Díez A. 2007

Etiología

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

Factores PSICOLOGICOS (Funciones ejecutivas):

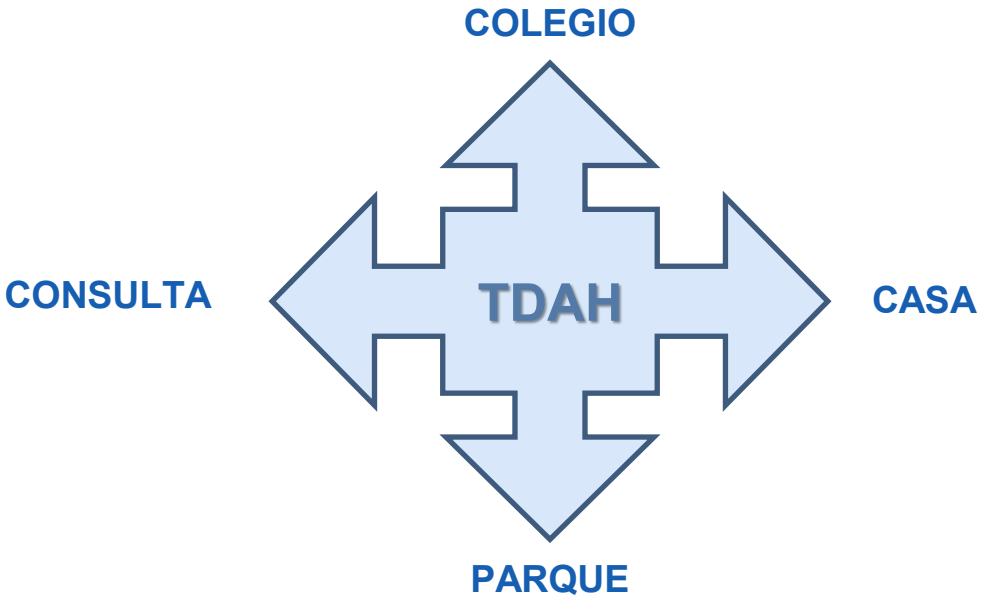
Dirigir pensamiento, comportamiento y emoción para resolver situaciones.

- Atención y Concentración
- Memoria de trabajo
- Planificación y organización
- Iniciativa
- Flexibilidad cognitiva
- Reflexión-Impulsividad
- Control Inhibitorio
- Autoevaluación

Mulas et al. 2005

Clínica

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA



DE LUNES A DOMINGO

Diagnóstico

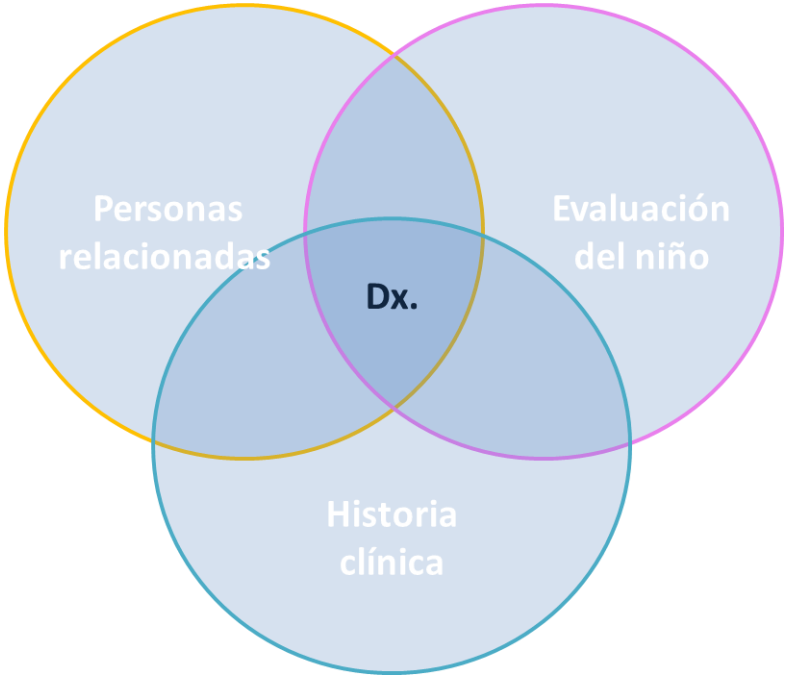
BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

CLÍNICO

No hay pruebas médicas diagnósticas

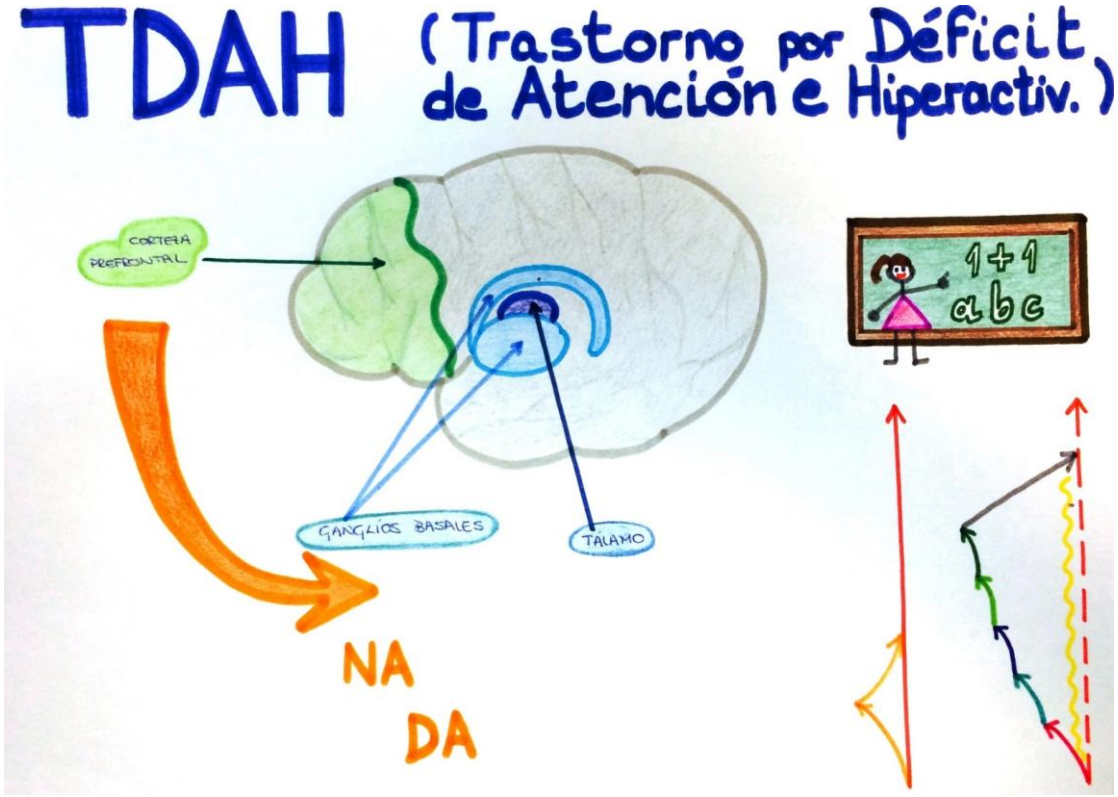
Diagnóstico

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA



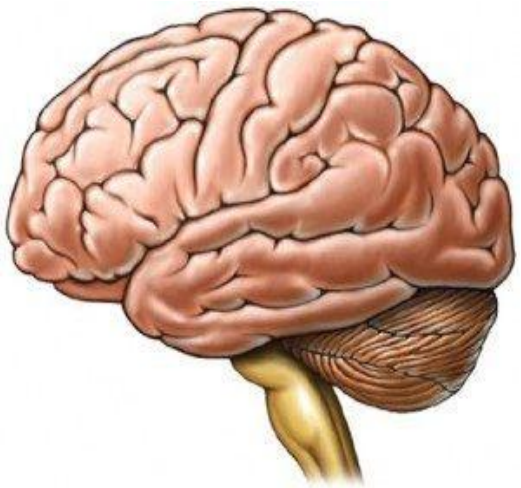
Trabajo en consulta

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA



Trabajo en consulta

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA



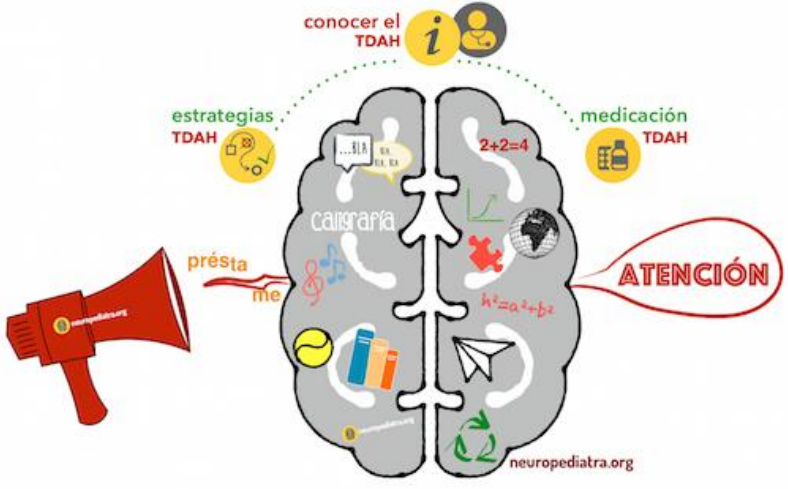
=

Información adaptada al paciente

Tratamiento para el TDAH

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

El tratamiento de un paciente con TDAH debe ser **multimodal** (médicos, terapeutas, profesores y padres).



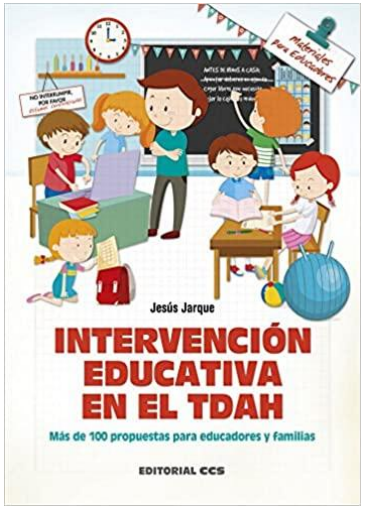
AACAP. 2007

Trabajo para casa

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

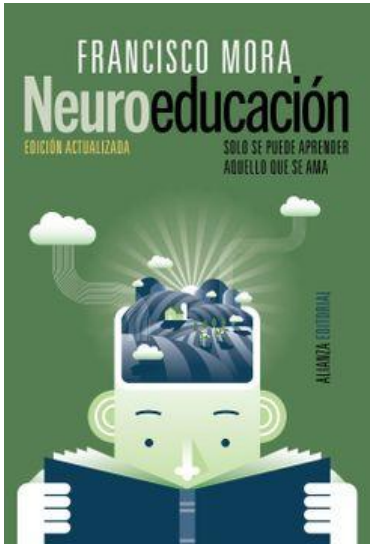
Lecturas recomendadas

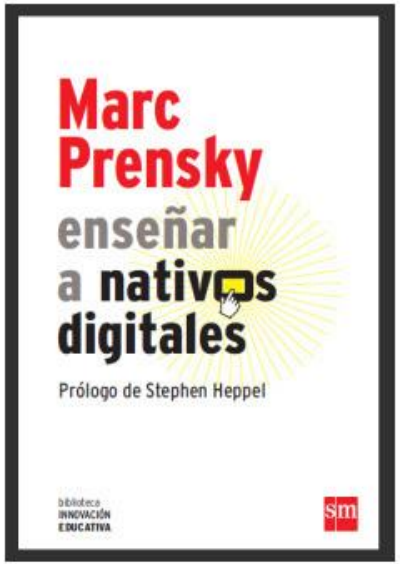
BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

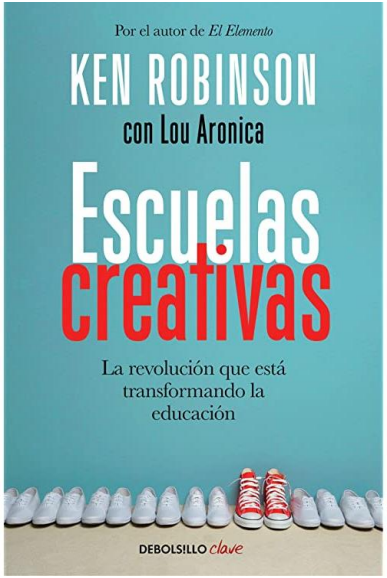


Lecturas recomendadas

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA







Trabajo para casa

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

Trabajo para casa

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

Tratamiento multimodal

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

- Psicoterapia
- Tratamiento conductual
- Tratamiento cognitivo
- Técnicas de neurofeedback / estimulación cognitiva
- Tratamiento farmacológico

Loro M, et al 2009

Tratamiento multimodal

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

Actas Esp Psiquiatr. 2019 Jan;47(1):16-22. Epub 2019 Jan 1.

Update the Multimodal Treatment of ADHD (MTA): twenty years of lessons.

N	579 niños con TDAH 272 niños control

Martínez-Núñez B[1], Quintero J[2].

Author information

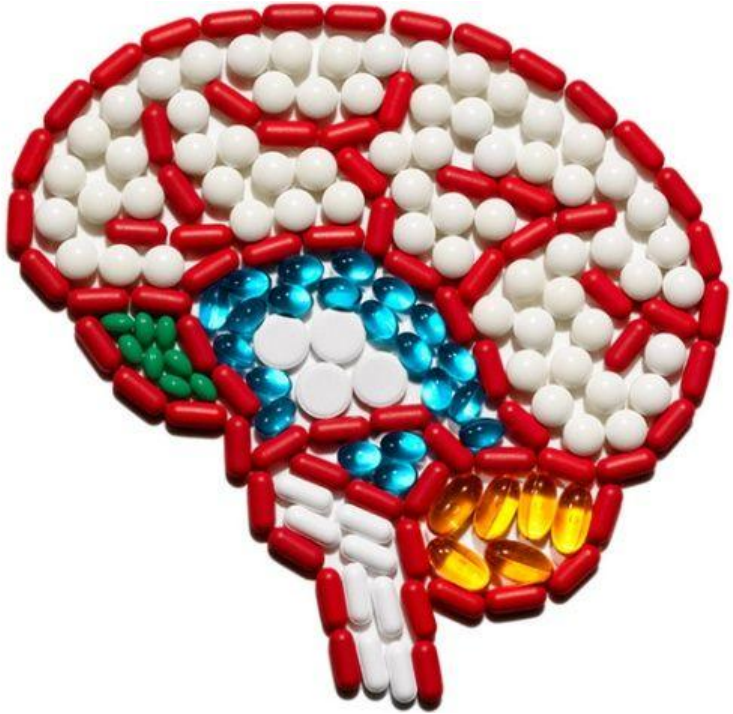
Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder1 and consists in a persistent pattern of inattention and / or hyperactivity - impulsivity that interferes with the functioning or development of the person who suffers from it. Because it is a disorder that is present since childhood, the treatment of these patients should be multimodal, and it should include doctors, therapists, teachers and parents2. The choice of a pharmacological treatment adjusted to the specific needs of the patient optimizes the results of the intervention programs. In 1997, the National Institute of Mental Health (NIMH) started the study of multimodal treatment of attention deficit hyperactivity disorder (MTA), and this constitutes a landmark in the history of treatment research in child psychopathology. MTA is the largest study of its kind ever undertaken. In the present article we intend to review the existing clinical evidence about the results of the MTA from the nineties to the current date.

PMID: 30724327

Farmacoterapia

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA



Tratamientos farmacológicos

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

Tratamiento farmacológico

- **Estimulantes**
- **ISRNA**
- **α2 agonista**

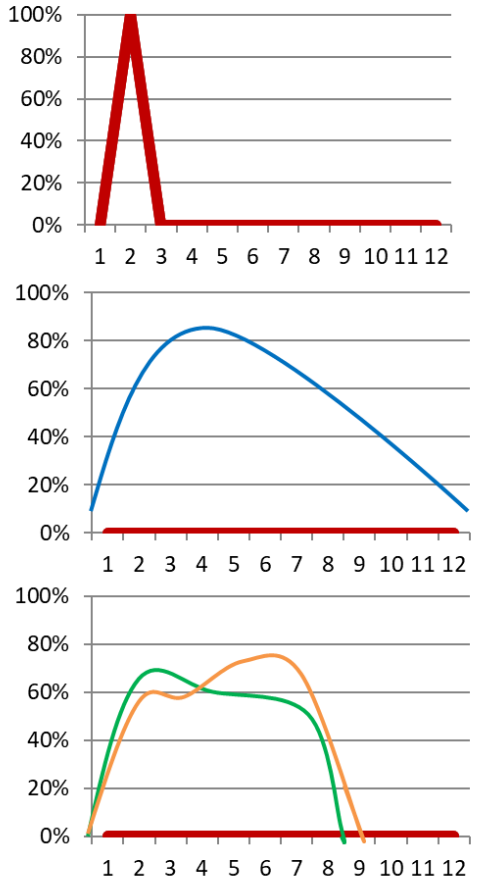
- Comorbilidades
- Garantía de cumplimiento
- Potencial de abuso
- Preferencias del niño y sus padres

Algunas guías consideran el MTF de 1ª elección y otras MTF o ATX de manera indiferente

Metilfenidato

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

- **Rubifen®/Medicebran®:**
  - Liberación Inmediata. Desde 1981.
  - Presentaciones: 5, 10 y 20 mg.
  - Efecto a partir de los 20 minutos.
  - Máximo efecto a las 2 horas (duración 4 horas).
  - Posología: Desayuno-recreo-comida.
- **Concerta®/Rubicrono®:**
  - Liberación Prolongada. Desde 2004 .
  - Presentaciones: 18, 27, 36, 54 mg.
  - Efecto a partir de las 1-2 h.
  - Máximo efecto a las 4 h (duración 12 horas).
  - No morder, partir o machacar (en desayuno).
- **Medikinet®:**
  - Liberación Prolongada. Desde 2007 .
  - Presentaciones: 5,10,20,30,40 mg.
  - 50% L.i – 50% L.p. Efecto a partir de los 20-30 min.
  - Máximo efecto a las 2 h (duración 8 h).
  - Cápsula que se puede vaciar (en desayuno).
- **Equasym®:**
  - Liberación Prolongada. Desde 2013.
  - Presentaciones: 10,20,30,40,50 mg
  - 30% L.i – 70% L.p. Efecto a partir de los 20-30 min.
  - Max. Efecto a las 5 h (duración 8-9 h).
  - Cápsula que se puede vaciar (en desayuno).



Metilfenidato

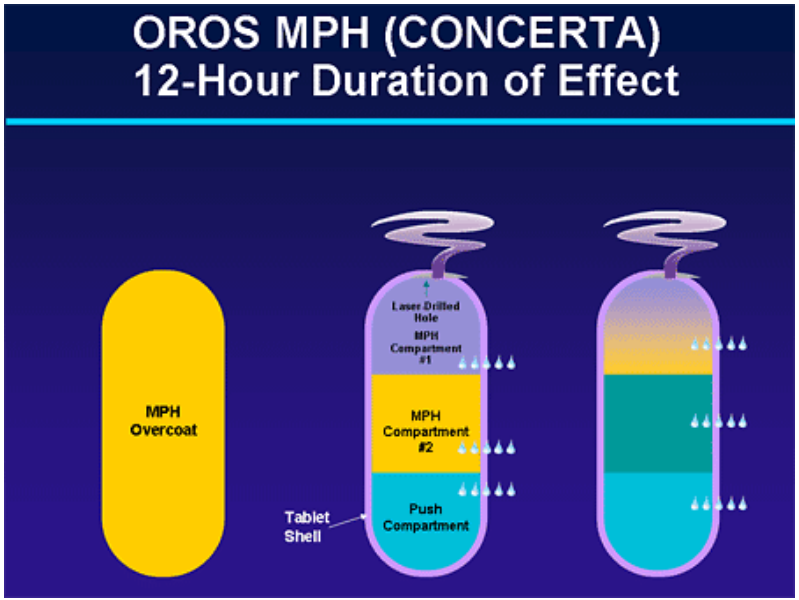
BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

- **Rubifen®/Medicebran®**

Metilfenidato

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

- **Concerta®/Rubicrono®**



Metilfenidato

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

- **Medikinet®**

Metilfenidato

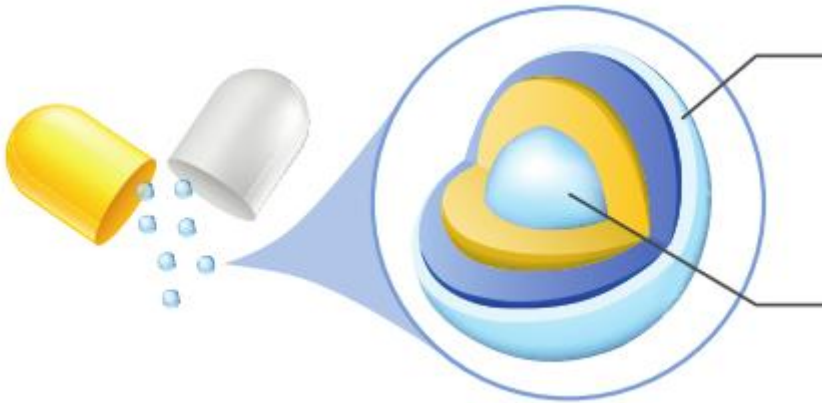
BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

- **Equasym®**

Metilfenidato

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

- **Rubifen Retard/Prolong®**



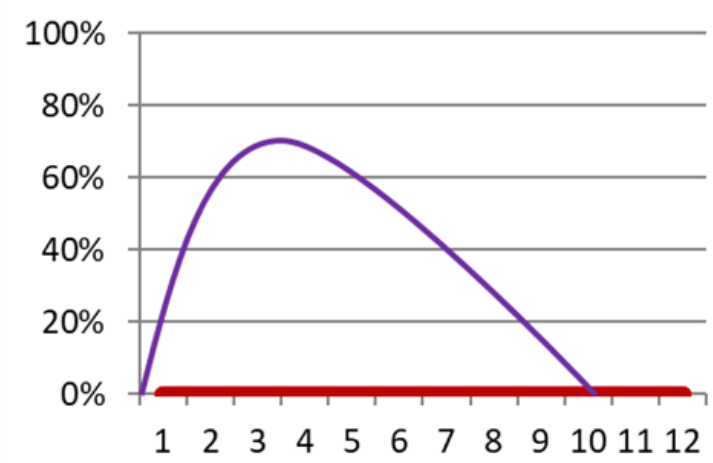
50% de la dosis liberada de forma inmediata

50% de la dosis liberada al cabo de aproximadamente 4 horas

Lisdexanfetamina

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

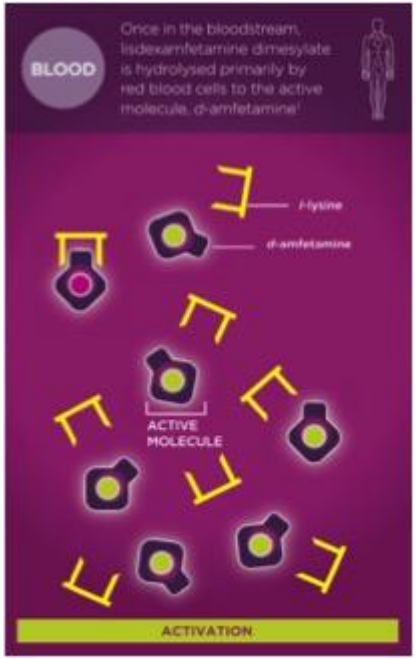
- **Elvanse®:**
  - Profármaco inactivo. Desde 2014.
  - Indicado a partir de 6 años.
  - Segunda línea de tratamiento. Cuando la respuesta a tratamiento previo con MTF se considere clínicamente inadecuada.
  - Presentaciones: 30, 50 y 70 mg.
  - Efecto a partir de los 60 minutos.
  - Máximo efecto a las 3,5 horas (duración 10 horas).
  - Posología: Desayuno.

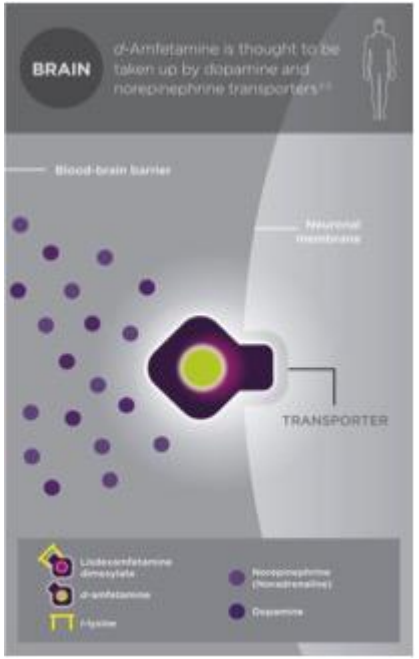


Lisdexanfetamina

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

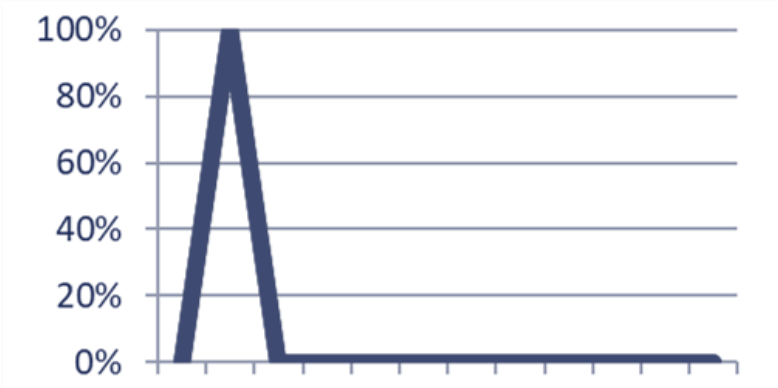
- **Elvanse®**





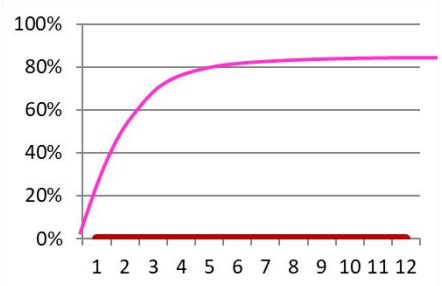
Sulfato de dexanfetamina

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA



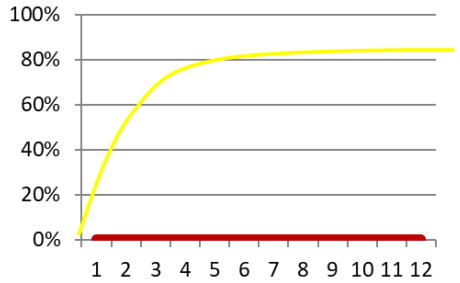
Inhibidor selectivo de la recaptación de NA (ISRNA)

- **Strattera ®** (atomoxetina):
  - Desde 2007.
  - Mayores de 6 años.
  - Presentaciones: 10, 18, 25, 40, 60, 80, 100 mg.
  - Efecto a partir de 2-3 semanas (mantenido).
  - Posología: 1 comprimido/24 horas. En desayuno (comida o cena).
  - Indicado especialmente en pacientes con tics, epilepsia y ansiedad.



Alfa 2 agonista adrenérgico

- **Intuniv ®** (guanfacina):
  - Desde 2017.
  - Mayores de 6 años.
  - Presentaciones: 1, 2, 3 y 4 mg.
  - Efecto a partir de 2-3 semanas (mantenido).
  - Posología: 1 comprimido/24 horas. En desayuno (comida o cena).
  - Indicado especialmente en pacientes con comorbilidad asociada (trastorno de conducta, consumo de sustancias, tics, síndrome de Gilles de la Tourette y trastornos del espectro autista).



USO DE OTROS FÁRMACOS

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

Antidepresivos en el TDAH:

Aunque los estimulantes son el tratamiento de primera línea para el TDAH, en algunos casos se prescriben antidepresivos, especialmente **inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina** (ISRS), cuando hay comorbilidades como depresión o ansiedad, o cuando los síntomas emocionales (irritabilidad, inestabilidad emocional) predominan.

Los antidepresivos pueden ayudar a estabilizar el estado de ánimo y mejorar el control emocional, lo que complementa el tratamiento de los síntomas principales del TDAH.

Alimentación, suplementos (omega-3, creatina, zinc) y cafeína

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

Omega-3:

La evidencia es modesta: algunos metaanálisis hallan efectos pequeños, especialmente en la **combinación EPA/DHA.** Guías como NICE directamente no lo recomiendan como tratamiento del TDAH en niños.

Encuadrarlo como “posible adyuvante” en algunos casos, no sustituto.

Creatina:

Para TDAH, no hay evidencia clínica sólida (más asociada a rendimiento/neuromúsculo). No sería de primera línea ni está demostrada.

Alimentación, suplementos (omega-3, creatina, zinc) y cafeína

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

Zinc:

El zinc participa en la modulación dopaminérgica y noradrenérgica (relevante para TDAH).

Hay estudios que muestran asociación entre **niveles bajos de zinc y mayor gravedad de síntomas de TDAH**, sobre todo en niños.

Los ensayos clínicos con suplementación muestran resultados modestos e inconsistentes: puede haber pequeña mejoría de síntomas (especialmente hiperactividad/impulsividad), más probable en poblaciones con déficit real de zinc (dietas pobres, malnutrición, algunos contextos socioeconómicos).

👉 ***En población general bien nutrida, el efecto es pequeño o nulo.***

Alimentación, suplementos (omega-3, creatina) y cafeína

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

Cafeína:

Es un estimulante “doméstico”: puede aumentar alerta, pero también empeorar ansiedad, irritabilidad, palpitaciones e insomnio; y en adolescentes puede desordenar sueño y empeorar TDAH global.

Si alguien ya toma estimulantes, sumar cafeína puede incrementar nerviosismo/taquicardia; si no toma medicación, algunos notan “me ayuda”, pero es impredecible y con peaje de sueño.

- ✓ Mensaje práctico: si se usa, que sea baja dosis, **por la mañana**, y monitorizando sueño.

...pero...

Sabemos que no hay soluciones “milagrosas”

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

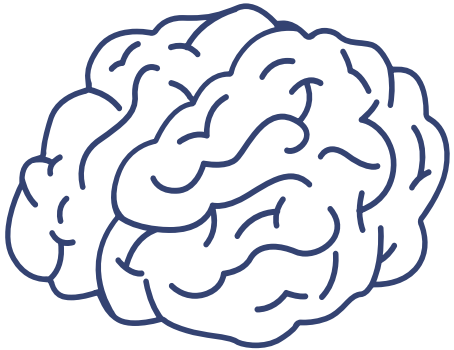
BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

*"**Un niño cuyo comportamiento te aleja,** es un niño que necesita conexión antes que cualquier otra cosa".*

Kelly Bartlett, 2012

¿Preguntas?

BEATRIZ MARTÍNEZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA



¡Gracias!

beamartinezn@gmail.com

@beamnz

@dr.beamartinez

BEATRIZ MARTÍNEZ

PSIQUIATRA INFANTIL Y ADOLESCENCIA