

## **Los ejes de evaluación diagnóstica de niños con déficit de atención e hiperactividad**

### **Diagnosis and evaluation of children with hyperactivity and deficit attention disorder**

MSc. César Enrique Prego Beltrán<sup>1</sup>

Dr.C. Carmen Almaguer Riverón<sup>2</sup>

Dra. Annia Elena Novellas Rosales<sup>1\*</sup>

Dra. Dalvis Machín Batista<sup>1</sup>

Dra. Nieves María García Pozo<sup>1</sup>

Dra. Yudit Suárez López<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Policlínico Universitario Pedro del Toro Sad. Holguín, Cuba.

<sup>2</sup> Universidad de Holguín "Oscar Lucero Moya". Holguín, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [anrosaleshlg@infomed.sld.cu](mailto:anrosaleshlg@infomed.sld.cu)

#### **RESUMEN**

Para lograr un análisis integral de los pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, a partir de las insuficiencias en su diagnóstico, se asume como objetivo el proponer ejes de peritaje de los niños con esta dolencia, que aporten una comprensión integral. Se concluye que un proceso de evaluación diagnóstica debe ser: exhaustivo, con enfoque a la potencialidad, personalizado, contextualizado, sistémico, con visión evolutiva y que considere la respuesta al tratamiento, lo cual se refleja en los ejes, en correspondencia con los síntomas nucleares predominantes, los trastornos mentales comórbidos, las alteraciones somáticas asociadas, los factores etiológicos identificados,

el rendimiento escolar: las potencialidades socio-compensatorias, la respuesta al tratamiento, las características de los entornos de interacción, de acuerdo con la evolución, y el pronóstico del trastorno.

**Palabras clave:** evaluación diagnóstica, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, niños.

## **ABSTRACT**

To determine insufficiencies in the diagnostic evaluation of patients with attention deficit hyperactivity disorder, for a complete assessment. We propose axes for diagnostic evaluation of children with attention deficit hyperactivity disorder, for its better comprehension. We conclude that a diagnostic evaluation process of attention deficit hyperactivity disorder should be: comprehensive, focused on potential, personalized, contextualized, systemic, with an evolutionary vision including treatment response. In relation to predominant nuclear symptoms, axes reflect comorbid mental disorders, associated somatic alterations, etiological factors identified, school performance: socio-compensatory potential, response to treatment, characteristics of the interaction environments, evolution and prognosis of the disorder.

**Keywords:** diagnostic evaluation, attention deficit hyperactivity disorder, children.

Recibido: 12/09/2017.

Aprobado: 18/10/2018.

## **Introducción**

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una condición psiquiátrica común en la infancia, como discapacidad del desarrollo y trastorno neuropsicológico heterogéneo. Es un cuadro con diversidad clínica, curso crónico y prevalencia entre de 0,78% en Hong Kong hasta 17,8% en Alemania.

En Cuba, se reporta entre el 3% y 5%. Es la causa de problemas que pueden durar toda la vida, de no compensarse las dificultades asociadas al trastorno. Es un problema de alta prevalencia educacional, familiar y social.<sup>(1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11)</sup>

El punto inicial del tratamiento comienza con un buen diagnóstico y una adecuada evaluación. Los casos prescritos en escolares por encima de los 8 años son frecuentes; sin embargo, resulta muy escasas la remisión e identificación del trastorno desde la escuela. Pocas veces los escolares enviados a consulta coinciden con el diagnóstico de sospecha del TDAH, lo que evidencia el desconocimiento de los criterios presuntivos.<sup>(12,13,14,15,16)</sup>

Las dificultades para el diagnóstico de los casos condicionan un manejo inadecuado de la problemática o una interpretación incorrecta. De igual forma, el diagnóstico tardío determina la asociación con fobia escolar y trastorno de conducta. Asimismo, la falta de reconocimiento de las comorbilidades, los aspectos sociales y escolares, las potencialidades del paciente y su entorno social dificultan el diagnóstico integral e impiden la intervención adecuada, efectiva y oportuna.<sup>(12,16)</sup>

Es vital que el médico de familia esté relacionado con las manifestaciones iniciales y pueda dar respuesta a las necesidades del trastorno.<sup>(13)</sup> El tratamiento a largo plazo será efectivo con una atención continua, especializada y personalizada. Sin embargo, ese fin crea dificultades en el diagnóstico y la evaluación,<sup>(14)</sup> ya que da cuenta del siguiente problema de investigación: insuficiencias en la evaluación diagnóstica de los pacientes con TDAH para una valoración integral. Por lo anterior, se asume como objetivo la propuesta de los ejes de evaluación diagnóstica a niños con TDAH que permitan la comprensión integral personalizada y contextualizada del trastorno.

## Desarrollo

Rasgos característicos de la evaluación diagnóstica de los pacientes con TDAH

Una evaluación diagnóstica del TDAH con visión totalizadora para elaborar intervenciones integrales donde participen padres, maestros y profesionales, debe considerar los siguientes rasgos: <sup>(8,11)</sup>

Exhaustivo: desde el punto de vista etiológico, se debe realizar una adecuada búsqueda de los factores causales en cada caso. En la dimensión clínica, los aspectos semiológicos relacionados con los síntomas son de gran valor. Los aspectos nosográficos se relacionan con las formas clínicas del trastorno y las alteraciones comórbidas. En la dimensión sociocultural deben considerarse los entornos familiar, social y escolar, con los factores que influyen en cada uno de ellos y su diagnóstico como estructura y funcionamiento familiar, rendimiento escolar y métodos educativos y de manejo.<sup>(12)</sup>

Con enfoque a la potencialidad, de acuerdo con las potencialidades o fortalezas del paciente, los entornos donde se desarrolla y los recursos diversos por emplear, se deriva lo siguiente:

Personalizado: que reconozca las características únicas de cada caso, incluyendo los aspectos que dificultan el proceso adaptativo, compensatorio y las potencialidades en esa dirección.

Contextualizado: exige el reconocimiento de las características o los factores propios de cada entorno de interacción de los pacientes, en lo que se refiere a los factores que se encuentran en la génesis, evolución y curso del trastorno, y los que se emplean en la intervención de las dificultades adaptativas.

Sistémico: por la influencia interrelacionada de todos los ejes de evaluación diagnóstica para configurar una visión totalizadora del trastorno.

Visión evolutiva: valoración del curso y continuidad del trastorno para identificar períodos de retroceso, mejoría, agravamiento o estancamiento de la enfermedad.

Respuesta al tratamiento: que considere el efecto de los distintos recursos terapéuticos, sociocompensatorios y de rehabilitación en cada paciente.<sup>(14)</sup>

Ejes de diagnóstico para la evaluación integral de los pacientes con TDAH

Los rasgos anteriores en la evaluación diagnóstica garantizan un análisis completo para la intervención integral, desde un trabajo intersectorial y multidisciplinario, con la participación familiar, a partir de los siguientes ejes diagnósticos:

a) En correspondencia con los síntomas, diana o nucleares predominantes del TDAH: se deben evaluar con sistematicidad falta de atención, impulsividad, hiperactividad y nivel de afectación vinculado, sin importar el motivo de consulta en el diagnóstico inicial y el seguimiento de los casos. Para ello son muy útiles las escalas, los cuestionarios específicos y la entrevista con los padres, en las cuales deben incluirse los síntomas detallados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). También debe evaluarse la edad de inicio, duración, gravedad y frecuencia sintomática.

Esa práctica permite reconocer, según prevelezcan los síntomas del diagnóstico de uno de los tres subtipos: predominantemente hiperactivo-impulsivo (TDA/H-HI), predominantemente desatento (DESAT) o combinado (COMB). Este aspecto de valor nosográfico tiene un significado práctico, pues la misma naturaleza del TDA/H hace que los síntomas cambien con la edad. Con la influencia en el tratamiento, varían los síntomas predominantes y la forma clínica específica, lo que permite la evolución adecuada de los pacientes.<sup>(15)</sup>

La presencia de las diferencias cuantitativas y cualitativas entre los subtipos apoya el hecho de que estos pacientes tengan un déficit cognitivo/disfunción ejecutiva diferentes. En la práctica, los niños del grupo DESAT, con menor disfunción y menos problemas conductuales, podrían no recibir los servicios que necesitan, debido a que sus dificultades no fueron correctamente identificadas. El perfil neuropsicológico de los subtipos DESAT y COMB también muestran particularidades por considerarse en la intervención del trastorno.<sup>(10, 17)</sup>

La evaluación diagnóstica es difícil en edades tempranas, y cuanto mayor sea el niño pueden enmascararse o acentuarse los síntomas; tanto por la complejidad como por el aumento de los desafíos académicos; lo que dificulta el diagnóstico.

De esta manera, definir los casos en que los síntomas dianas o nucleares se expresan solos, será un reto durante la evaluación diagnóstica y menos frecuentes que en aquellos pacientes que durante la evolución desarrollan sintomatologías comórbidas o en el momento del diagnóstico inicial, ya el trastorno es un complejo sintomático.

Otra dificultad en este eje diagnóstico está en la particularidad del proceso en el sector poblacional, donde la relación con el paciente está mediatizada por la familia y se requiere a los maestros como fuentes indirectas de diagnóstico. Sin embargo, se reconocen las contradicciones entre los padres y maestros en la definición de los síntomas predominantes, lo que se refleja en los resultados de pruebas como el *Conner*.<sup>(18,19)</sup>

**b)** En correspondencia con los trastornos mentales comórbidos al TDAH: un alto porcentaje de casos de TDAH se acompañan de un amplio espectro de trastornos psicopatológicos.<sup>(12)</sup> Esto dificulta el estudio del complejo cuadro nosológico y plantea la cuestión del diagnóstico diferencial y los trastornos comórbidos, como verdaderos cuadros psicopatológicos asociados al TDAH. Los subgrupos de sujetos con TDAH y comorbilidad pueden tener factores de riesgo, curso clínico, elementos neurobiológicos, respuesta farmacológica, evolución y pronóstico diferentes.<sup>(12,15)</sup>

El TDAH se presenta en comorbilidad frecuente con trastorno oposicionista desafiante, trastorno disocial, abuso de sustancias, problemas de aprendizaje, trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, cuadros maníacos y trastornos del control de los impulsos. Por lo general, la depresión tiene lugar años después del diagnóstico de TDAH, mientras los trastornos de ansiedad pueden aparecer junto con el TDAH. Con frecuencia, aparecen síntomas secundarios como: autoestima baja, disforia y labilidad afectiva. Para un diagnóstico más preciso, la aplicación de escalas y cuestionarios es de mucha utilidad.<sup>(20)</sup>

También es importante determinar en cada evaluación si el trastorno concomitante es la entidad principal que agrava los síntomas de TDAH o si los síntomas comórbidos son secundarios al TDAH. Este eje diagnóstico es importante, pues el plan terapéutico deberá adecuarse a cada trastorno asociado.

**c)** En correspondencia con las alteraciones somáticas asociadas: constituyen factores de mal pronóstico del trastorno por la repercusión que pueden tener en la actividad de aprendizaje escolar: las relaciones sociales, autoestima, desempeño físico y socio psicológico, autoaceptación, autoestima y los estados emocionales. Los factores más frecuentes con potencialidad para la aparición de los trastornos comórbidos son:

- Los trastornos sensoriales periféricos, como debilidad visual, pérdida de la visión, estrabismo, hipoacusia o sordera.
- Alteraciones somáticas como malformaciones con deformidades significativas, falta de extremidades superiores e inferiores, existencia de una extremidad más corta, cifosis, escoliosis, pie cavo y pie varo equino.
- Trastornos neurológicos: epilepsia, macrocefalia y parálisis cerebral infantil, síndrome de la Tourette, neurofibromatosis y miastenia gravis.
- Enfermedades somáticas crónicas: cardiopatías, nefropatías, asma bronquial y endocrinopatías.

- Trastornos relacionados con la apariencia: mala oclusión dentaria, microdontia, macrodontia, diastemas, pérdida temprana de los dientes permanentes, prognatismo, vitíligo, angiomas faciales, dismorfias faciales, psoriasis, acné, labio leporino y fisura palatina.

Esos trastornos pueden constituir factores con potencialidad psicopatógica, por la respuesta que se genera en la familia, expresada en actitudes como sobreprotección, permisividad, rechazo, entre otras, o la respuesta social ante el trastorno puede tomar forma de rechazo, lástima o *bullying*.<sup>(19)</sup>

Por otro lado, las dificultades funcionales y limitaciones que generan las alteraciones y las dificultades estéticas o en apariencia pueden generar sentimientos de minusvalía y baja autoestima. Los elementos señalados con anterioridad deben ser estimados por el efecto en el diagnóstico, pronóstico, evolución y la terapéutica.

d) En correspondencia con los factores etiológicos identificados: las teorías etiológicas del TDAH revelan un trastorno heterogéneo y multifactorial con base neurobiológica y predisposición genética, en interacción con factores ambientales; lo que da cuenta de la complejidad etiopatogénica del trastorno.

Sin embargo, la ausencia de marcadores biológicos que confirmen de manera evidente el trastorno exige la búsqueda activa de síntomas; para lo cual los siguientes procedimientos diagnósticos que determinan la confección de la historia clínica, cobran un significado esencial en la evaluación diagnóstica: anamnesis, antecedentes patológicos personales y familiares, examen físico, historia social psiquiátrica, examen psiquiátrico, exploración de aspectos dinámicos del ambiente familiar, exploración de aspectos dinámicos del ambiente escolar, aplicación de escalas para padres y maestros, aplicación del test, indicación de exámenes complementarios, aplicación de entrevistas semi-estructuradas y psicometría -coeficiente intelectual, evaluación psicopedagógica y valoración (si existe retraso escolar).

Esos procedimientos permiten revelar los factores de riesgo desde las diversas hipótesis etiológicas para definir la existencia de causas relacionadas con la severidad, la complejidad clínica y el pronóstico. Las lesiones graves en momentos críticos del desarrollo influyen en las manifestaciones posteriores, con expresión en determinadas comorbilidades que impactan la intensidad del trastorno y el pronóstico. La comprensión y la relación entre los diferentes factores causales y su grado de coincidencia, son de gran importancia para el terapeuta.

e) En correspondencia con el rendimiento escolar: los maestros suelen ser los primeros en detectar las manifestaciones del TDAH, pues observan gran cantidad de comportamientos de los niños durante muchas horas, en situaciones estructuradas o de juego. Además, el contacto diario con diferentes estudiantes les permite comparar los comportamientos de un gran número de párvulos de la misma edad. Los maestros son los profesionales que realizan más remisiones iniciales para evaluaciones específicas.<sup>(12)</sup>

Por otro lado, se existe una relación positiva entre los conocimientos sobre el TDAH de los maestros y la eficacia de las intervenciones médicas. De igual forma, los profesores proporcionan una retroalimentación (*feedback*) sobre los efectos terapéuticos de las intervenciones en diferentes áreas de funcionamiento del niño para ajustar su dosis.

Con frecuencia, el TDAH genera problemas del aprendizaje; debido a las dificultades neurocomportamentales.<sup>13</sup> También debe considerarse el agravamiento de su evolución en relación con: los trastornos específicos en lectura, escritura o cálculos asociados; las características de las relaciones con sus iguales; el manejo y las particularidades del agente pedagógico; características del escenario, del proceso docente y el rendimiento escolar, como síntesis de la actividad en este espacio.

Es importante que, el profesional determine si la disfunción académica se debe al TDAH o a la comorbilidad con un trastorno del aprendizaje. Ante la sospecha de trastornos del aprendizaje, se recomienda aplicar un tratamiento adecuado para el TDAH antes de realizar cualquier evaluación adicional.

La evaluación psicológica incluye la estimación del cociente intelectual. De acuerdo con los resultados que se obtengan, será necesario aplicar otros parámetros de evaluación neuropsicológica.<sup>(16)</sup>

Los estudiantes con TDAH están dentro de los menos populares de su grupo o tienen dificultades para relacionarse y vincularse. Estas condiciones los hacen víctimas frecuentes de burla (*bullying*); una situación con daño significativo a su autoestima, que empeora sus resultados y puede derivar en fobia escolar.

El agente pedagógico es una figura significativa en el desarrollo personal y la evolución de la enfermedad de estos pacientes; por lo cual la evaluación de su repercusión en cada caso, es imprescindible para identificar posibles factores de agravamiento relacionados como: rechazo, cambios frecuentes de maestros, falta de maestría pedagógica, empleo de métodos punitivos, desconocimiento del trastorno y su manejo. Todo esto puede causar comorbilidad como: fobia escolar, depresión, baja autoestima y bajo rendimiento escolar; los que interfieren en su evaluación eficaz, aunque reciban una medicación correcta.<sup>(21)</sup>

f) En correspondencia con las potencialidades socio-compensatoria: es necesario considerar la importancia de una intervención, que garantice protagonismo familiar y del paciente con proyección al proceso diagnóstico; donde se tome en cuenta la relación médico-paciente de participación mutua, como la más adecuada para estos casos. En esta relación, la interacción y participación conjunta de los participantes, pacientes y su familia en la solución de problemas.<sup>(21)</sup>

Lo anterior, exige la identificación y el empleo de las potencialidades físicas, psicológicas, espirituales, sociales, culturales y cognitivas del paciente y la familia; en conjunto con los agentes sociales relacionados, en función de una sinergia social desarrolladora.<sup>(22)</sup>

Para lograrlo, se requiere de la identificación y el desarrollo de actividades personalizadas, desde los recursos de cada entorno socio-sanitario-cultural, definido como actividad sociocompensatoria, para la intervención comunitaria de TDAH.<sup>(23)</sup> Dicha actividad, expresa y desarrolla las mejores cualidades de cada caso, y revela su carácter regulador para dinamizar la compensación de los síntomas.

La actividad socio-compensatoria en su expresión terapéutico-rehabilitadora, se concreta en un modelo adaptativo, personalizado, desarrollador, contextualizado, con empoderamiento familiar. Esto se logra en la práctica, se traduce por medio del lenguaje, actividades y acciones proyectadas al cumplimiento de aspectos normativos y axiológicos del comportamiento. Así, se eleva la actividad psíquica a nivel de la conciencia social como situación formativa de la personalidad.<sup>(23)</sup>

Para las familias, la identificación de actividades, deportivas,<sup>(1,2,23-26)</sup> artísticas, manuales, artesanales, laborales, productivas y académicas u otras, con carácter sociocompensatoria, unido a la ubicación de áreas y escenarios donde se puedan desarrollar actividades con potencialidad rehabilitadora, terapéutica, compensatorio para integración social, es de gran valor,<sup>8</sup> ya que favorecen la articulación entre los diferentes sectores comunitarios para mejorar la salud y calidad de vida de sus hijos.<sup>(22, 23)</sup>

La actividad socio-compensatoria se revela en las estrategias de intervención, con participación conjunta de los interesados en potenciar las mejores cualidades del niño con TDAH; según los presupuestos humanistas y espirituales que cada familia asume desde sus referentes culturales.

La fuerza motivadora de esa estrategia se logra; cuando el niño identifica la actividad de expresión de sus mejores cualidades; reforzadas por el reconocimiento social y el logro de los mejores resultados con la actividad concreta; ambas condicionantes de un autoconocimiento como fuente de autorreafirmación, gratificación y estímulo, que el niño o adolescente, intentará repetir o procurará exponerse a ella.

En consecuencia, la acción del niño estará orientada a la atención, modificación o mejoría de todos los aspectos necesarios para conservar este espacio; donde logra reconocer que, si bien existen áreas en las que no alcanza buenos resultados, en otras esferas o actividades es posible tener mejor o excepcionales reconocimientos.<sup>(22)</sup> Esta experiencia emocional correctiva, como efecto psicoterapéutico de la actividad sociocompensatoria,<sup>(23,24)</sup> es una expresión del carácter consciente, de autodesarrollo, auto-aprendizaje, formativo y terapéutico.

La actividad socio-compensatoria es de construcción cultural; una herramienta de transformación adaptativa a través del aprendizaje creativo; pues los niños con TDAH se apropian de valores propios de cada actividad, relacionadas con mecanismos de una experiencia emocional de reforzamiento positivo, correctivo e ineludible de esa actividad, la cual favorece las potencialidades adaptativas.

La intersectorialidad es una condición necesaria para el desarrollo de la actividad socio-compensatoria y la articulación de las posibilidades, recursos y actores diversos de la comunidad; <sup>22</sup> lo que condicionan una sinergia con resultados positivos y una modificación compensatoria de las alteraciones iniciales. Esta actividad es portadora y creadora de valores para dirigir la conducta y el interés, con modificación positiva de la insuficiencia en los pacientes con TDAH, con la consecuente adaptación desarrolladora a la sociedad.<sup>(4,8,22)</sup>

g) En correspondencia con la respuesta al tratamiento: el tratamiento debe ser personalizado, planificado, integral y multimodal, con estrategias farmacológicas y psicológicas adecuadas a las preferencias del paciente y sus padres. La psico-educación de los pacientes y sus padres, la comunicación con grupos de apoyo comunitario y la adecuación de los recursos escolares, son temas por considerar.

El plan terapéutico será reevaluado en forma regular, para adaptarlo a las necesidades de los pacientes.<sup>(15)</sup> En el inicio del tratamiento de pacientes con afectación funcional mínima, la terapia conductual será útil, como recurso fundamental. Las intervenciones conductuales efectivas a corto plazo incluyen el entrenamiento de los padres. También es fundamental resolver la disfunción familiar generalizada.<sup>(15)</sup> En el tratamiento farmacológico se recomienda comenzar con estimulantes, con dosis adecuadas a las características del paciente.

Se recomienda aumentar la dosis en forma paulatina hasta alcanzar la respuesta correspondiente y tolerabilidad del paciente; además de realizar el monitoreo con escalas objetivas. Debe considerarse que, los niños pequeños tienen un riesgo mayor de efectos adversos y requieren una titulación muy lenta.<sup>(15)</sup>

La atomoxetina puede administrarse en una o dos tomas diarias, las que afectan el sueño y el apetito en menor medida que los estimulantes. En cambio, puede provocar náuseas o sedación, con frecuencia superiores y la respuesta terapéutica puede demorar varias semanas. Esta es la droga de elección, si existe abuso de sustancias, ansiedad, *ticks* o intolerancia a estimulantes.<sup>(15)</sup>

Si no hay respuesta a los agentes anteriores: se debe revisar el diagnóstico, aplicar la terapia conductual u otras drogas. Las comorbilidades no detectadas, son posibles en esos casos; pues afectan la atención y el control de sus impulsos. Otras drogas por emplear en estos casos incluyen: el bupropión, los antidepresivos tricíclicos y agonistas alfa adrenérgicos. La terapia conductual puede ser efectiva como adyuvante.<sup>(17)</sup>

Es recomendable monitorear la aparición de efectos adversos durante el tratamiento psicofarmacológico. Los efectos adversos más frecuentes de los estimulantes son: anorexia, pérdida de peso, insomnio y cefalea. También puede observarse irritabilidad, labilidad emocional y *ticks*. En presencia de los efectos adversos, será necesario ajustar la dosis, cambiar la droga o agregar otros agentes. En muchos casos, los efectos adversos son transitorios. En caso de insomnio, puede resultar útil agregar clonidina, trazodona, antihistamínicos o melatonina. La ciproheptadina puede mejorar la anorexia.<sup>(15)</sup>

Ante la aparición de *ticks*, el cambio de estimulante puede ser útil, la administración de una droga no estimulante o tratamiento con un agonista alfa adrenérgico. La atomoxetina puede provocar trastornos gastrointestinales, sedación y anorexia. En general, esos cuadros se remiten al ajustar la dosis. De lo contrario, puede ser necesario cambiar de fármaco.

Si bien la disfunción hepática se informó al administrar atomoxetina; no es necesario el monitoreo de rutina al respecto.

Tanto los estimulantes como el modafinilo y la atomoxetina pueden provocar síntomas psicóticos, agresión y aumento del riesgo de suicidio; aunque con poca frecuencia. En dichos casos se recomienda cambiar de droga, en lugar de administrar antipsicóticos o estabilizadores del estado de ánimo. El índice de muerte súbita entre los pacientes con TDAH y tratamiento farmacológico, no difiere del correspondiente a la población general. Se recomienda evitar los psicoestimulantes en pacientes con enfermedades cardíacas preexistentes.<sup>(13,15)</sup>

Si la respuesta al tratamiento psicofarmacológico es significativa y se asocia con una normalización del desempeño académico, familiar y social, el abordaje puede considerarse satisfactorio. Se recomiendan evaluaciones periódicas para la continuidad del tratamiento, siempre que los síntomas estén presentes y afecten el funcionamiento del paciente.

En general, los efectos farmacológicos adversos a largo plazo son de leves a moderados, y se resuelven al modificar la dosis o cambiar el medicamento. Además debe valorarse el cambio del plan terapéutico por comorbilidades.<sup>(13, 15)</sup> Algunos pacientes con TDAH tendrán un deterioro progresivo a pesar de los medicamentos, y en otros mejorarán los síntomas y podrán suspender el tratamiento en forma favorable; en ausencia de síntomas por 1 año. Entre los signos de remisión se destacan: la falta de necesidad de cambiar la dosis, a pesar del crecimiento del paciente: el no deterioro y la adecuada concentración al interrumpir el tratamiento.

En presencia de una atención continua y especializada, el tratamiento a largo plazo de los pacientes con TDAH será efectivo. Las consultas de seguimiento deberán efectuarse de acuerdo con el criterio del profesional tratante y las necesidades del paciente y su familia; así como los recursos y opciones disponibles. La comunicación con la familia y otros informantes debe ser fluida, para conocer el nivel de control sintomático y de tolerabilidad del tratamiento.

Es importante reconocer que los fármacos no resuelven aspectos como: las habilidades sociales deficientes, la baja motivación en la escuela, el desempeño académico deficiente y desgaste emocional en cuidadores; que pueden disminuir con las intervenciones psico-sociales. La intervención combinada versus la exclusivamente medicamentosa mejora los síntomas agresivos e internalizados, las habilidades sociales reportadas por maestros, las relaciones padres-hijos y el desempeño en la lectura. Las intervenciones con padres y maestros, favorecen la reducción de síntomas y mejoran el desempeño escolar del niño.

**h)** En correspondencia con las características de los entornos de interacción: este aspecto tiene como premisa la comprensión de la naturaleza psicológica humana y representa el conjunto de relaciones sociales, transferida al interior y convertida en las funciones de la personalidad y formas de su estructura, en un tiempo y espacio específico.<sup>(12)</sup>

Las manifestaciones concretas del TDAH, las alternativas educativas, terapéuticas, rehabilitatorias y las potencialidades de cada paciente; aparecen como resultado de la influencia de factores sociales, culturales e históricos durante la interacción con los factores genéticos y biológicos. Todo esto indica la importancia de los entornos de interacción para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. En estos entornos, se dan condiciones para la comorbilidad y el mal pronóstico del TDAH; así como de los factores potenciadores de las mejores cualidades de cada caso; para el desarrollo de actividades socio-compesatoria, intersectorialidad y empoderamiento social;<sup>(23-28)</sup> para la evolución adecuada del TDAH.

En relación con los factores agravantes, existe con frecuencia de riesgo de descuido y discriminación; tanto dentro de la familia como en las instituciones y la comunidad. En la familia, el trastorno predispone la aparición de disturbios emocionales que influyen y depresión en los cuidadores. Los pacientes con TDAH podrían ser acosados, golpeados y castigados cruelmente a causa de sus síntomas o conducta por hermanos, padres frustrados u otros.

Se reconoce la frecuente asociación de estos trastornos con violaciones a los derechos humanos de estas personas. Aquí, es necesario explorar los factores potencialmente psicopatógenos del medio como la crisis y disfunción familiar; factores agravantes del trastorno y causas de comorbilidad.

En el ámbito escolar: el bajo rendimiento a causa del desconocimiento del manejo de estos trastornos, abandono pedagógico, maltrato, asedio escolar, rechazo; todo lo cual conduce a fobia escolar, baja autoestima, depresión, abandono de estudios y fracaso escolar. En el ámbito de la salud, los profesionales sanitarios pudieran no tomar en serio sus quejas y suponer que, “todo está en sus mentes” y no dedicar tiempo a explicar el tratamiento o procedimientos al paciente y la familia.

En el ámbito social se manifiesta una escasa participación en las actividades comunitarias. Las madres o las familias podrían ser estigmatizadas o aisladas.

Por tanto, una respuesta adecuada a las características y necesidades de este grupo poblacional nos lleva a considerar un enfoque intersectorial, inter y transdisciplinario, personalizado; con interacción entre la atención primaria, secundaria y proyección comunitaria. Puede afirmarse que, se trata de un problema que desborda intereses, influencia y responsabilidad de las instituciones y los profesionales de la salud; para revelarse como desafío a la sociedad en general.

La atención adecuada de estos niños demanda enlaces con servicios y redes de apoyos de salud, educativos, sociales y de rehabilitación comunitaria disponible, donde existen potencialidades para tratamiento, rehabilitación y adaptación social en la evaluación personalizada.<sup>(1,2,8)</sup>

l) En correspondencia con la evolución y pronóstico del trastorno: esta perspectiva constituye una síntesis e integración de los aspectos atendidos hasta aquí; pues ofrece un juicio sobre la evolución que tendrá la enfermedad, sus alternativas, duración, probable terminación y secuelas. Propone una conjetura o predicción sobre la evolución y comportamiento futuro del trastorno.

Se trata de establecer las expectativas con la evolución del TDAH en cada caso, teniendo en cuenta factores que influyen positiva o negativamente, como: edad, forma clínica del TDAH, intensidad de los síntomas, características biológicas (relacionada con la existencia de enfermedades orgánicas), trastornos visuales, auditivos y malformaciones congénitas, características sociales (relacionadas con la comunidad y las interacciones del niño con las demás personas).

Características familiares como: apoyo familiar, familias incompletas por ausencia de uno de los padres o ambos, violencia familiar, métodos educativos inadecuados, familias extensas o ampliadas; actividad escolar y aprendizaje como: rendimiento escolar, interacción con maestros y compañeros de estudio, adaptación o rechazo a la escuela y potencialidades o fortalezas. Un conocimiento completo del paciente favorece el pronóstico.<sup>22</sup>

Ello supone estimar el comportamiento futuro del niño con TDAH, en relación con la duración del TDAH; si el niño lograra superar sus dificultades; si empeoraran los síntomas, cómo cree que será su desempeño social, emocional, escolar, profesional, posibilidad de que transite hacia otra enfermedad mental; si la dolencia se cura y sus secuelas. Se debe valorar cómo se comportan los factores referidos y establecer predicciones en los siguientes términos:

- a) Favorable: cuando todos los factores referidos con anterioridad apuntan a una solución favorable a corto o mediano plazo; mediante una intervención adecuada, pero factible. Quiere decir que, con la intervención se puede lograr una modificación positiva del TDAH.
- b) Reservado: la evolución favorable depende de factores ajenos como: una intervención oportuna y adecuada; por ejemplo: los pocos recursos psicológicos o sociales de la familia o el niño.
- c) Desfavorable: el trastorno suele tener una evolución progresiva hacia el empeoramiento, con independencia de la intervención médica o de los factores familiares o sociales.

## **Conclusiones**

Un proceso de evaluación que permita elaborar intervenciones efectivas, debe caracterizarse por ser exhaustivo, con un enfoque a la potencialidad, personalizado, contextualizado, sistémico, con visión evolutiva y que considere la respuesta al tratamiento.

Una evaluación diagnóstica útil del TDAH que dé cuenta de los rasgos anteriores, se refleja en los siguientes ejes:

- a) Los síntomas diana o nucleares predominantes del TDAH.
- b) Los trastornos mentales comórbidos al TDAH.
- c) Las alteraciones somáticas asociadas.
- d) Los factores etiológicos identificados.
- e) El rendimiento escolar.
- f) Las potencialidades socio-compensatorias.
- g) La respuesta al tratamiento.
- h) Las características de los entornos de interacción (familia y comunidad).
- i) La evolución y el pronóstico del trastorno.

### Referencias Bibliográficas

1. López Sánchez L, López Sánchez GF, Díaz Suárez A. Efectos de un programa de actividad física en la frecuencia cardiaca, tensión arterial y saturación de oxígeno de escolares con TDAH. *Activ Físi Cienc.* 2015 [citado 9 ago 2017];7(1):1-24. Disponible en: <http://revistas.upel.edu.ve/index.php/actividadfisicayciencias/article/view/5020>
2. Mazadiego Infante TJ, Durán Cruz CA, Rincón Miranda AA. Propuesta para decrementar el déficit de atención en una muestra de niños de Educación Básica. *Voc Educ.* 2016 [citado 9 ago 2017];1(2). Disponible en: <https://revista.vocesdelaeducacion.com.mx/index.php/voces/article/view/23>
3. Chen YY, Liaw LJ, Liang JM, Hung WT, Guo LY, Wu WL. Timing perception and motor coordination on rope jumping in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Phys Ther Sport.* 2013 [citado 9 ago 2017]; 14(2): 105-109. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1466853X12000260>

4. Cid Foix A. Propuestas de políticas sociales con el objetivo de mejorar la calidad de vida en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Cuad Bioét. 2011[citado 6 ago 2017]; 75:215-242. Disponible en: <https://libros-revistas-derecho.vlex.es/vid/ticas-mejorar-trastorno-hiperactividad-460774170>
5. Torres Molina Alexander. Parasomnias: alteraciones del sueño frecuentes en el niño con síndrome de apnea obstructiva del sueño. Medisur. 2010 [citado 6 ago 2017]; 8( 6 ): 437-444. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2010000600007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000600007&lng=es)
6. Marfá J, Castillo P, González R, Ferreira I. Análisis de la Implementación de los Programas de Integración Escolar (PIE) en Establecimientos que han incorporado Estudiantes con Necesidades Educativas Especiales Transitorias (NEET). Centro de estudios MINEDUC. 2013. Disponible en: [https://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2016/08/Resumen\\_Estudio\\_ImplementacionPIE\\_2013.pdf](https://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2016/08/Resumen_Estudio_ImplementacionPIE_2013.pdf)
7. de la Peña Olvera F. Barragán Pérez E. Rohde L A. Patiño Durán L R. Zavaleta Ramírez P. Ulloa Flores R E. Isaac, Alejandra Murguía A M. Pallia, Marcela Larraguibel R. Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Escolares Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Sal Mental. 2009[citado 10 sep 2017];32(1):517-529. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=23272>
8. Raposo Rivas M, Salgado Rodríguez AB. Estudio sobre la intervención con Software educativo en un caso de TDAH. Rev Educ Inclus. 2015[citado 25 jul 2017];8(2):121-138. Disponible en: <http://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/110/107>

9. Fernández Mayoralas M, Fernández Perrone AL., Fernández Jaén A. Actualización en el tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Acta Pediatr Española. 2012. [citado 10 sep 2017];70(6):239-246. Disponible en: [http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/revision/747-actualizaci%C3%B3n-en-el-tratamiento-farmacol%C3%B3gico-del-trastorno-por-d%C3%A9ficit-de-atenci%C3%B3n-e-hiperactividad#.W\\_1WbrivP2s](http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/revision/747-actualizaci%C3%B3n-en-el-tratamiento-farmacol%C3%B3gico-del-trastorno-por-d%C3%A9ficit-de-atenci%C3%B3n-e-hiperactividad#.W_1WbrivP2s)
10. Puddu G, Rothhammer P, Carrasco X, Aboitiz F, Rothhammer F. Déficit atencional con hiperactividad: trastorno multicausal de la conducta, con heredabilidad y comorbilidad genética moderadas. Rev Méd Chile. 2017 [citado 10 sep 2017]; 145 (3): 368-372. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000300011>
11. Idiazábal Alecha MA, Kosno M. Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad y epilepsia en la infancia. Rev Neurol. 2012[citado 2 ago 2017]; 54 (Supl 1): 89-93. Disponible en: <http://institutoincia.es/wp-content/uploads/2018/04/TDAH-EPILEPSIA-2012.pdf>
12. Vélez-van-Meerbeke A, Zamora IP, Guzmán B, Figueroa CA, López Cabra C, Talero-Gutiérrez. Evaluación de la función ejecutiva en una población escolar con síntomas de déficit de atención e hiperactividad. Rev Neurol. 2013. [citado 30 jul 2017]; 28 (6): 348-355. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.06.011>
13. Armijos Tello BC. Plan estratégico de Evaluación e Intervención para niños con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. [Tesis]. [Machala]: Universidad Técnica de Machala; 2017. 35 p. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/10438>
14. Sánchez C R, Ramos C, Simón M. Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad: validación de la escala EDAH en población canaria de educación primaria. Rev Neurol. 2012 [citado 25 jul 2017]; 54(1): 10-16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4378588>

15. Fuente PS. Importancia de la evaluación adecuada de los pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *J Americ Acade Child Adolesc Psychiat*. 2007. [citado 25 jul 2017]; 46(7): 894-921. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=66872>
16. Colomer Diago C, Miranda Casas A, Herdoiza Arroyo P, Presentación Herrero MJ. Funciones ejecutivas y características estresantes de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en los resultados durante la adolescencia. *Rev Neurol*. 2012 [citado 30 jul 2017]; 54 (Supl 1): 117-126. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2011707>
17. Capdevila Brophy C, Artigas Pallarés J, Ramirez Mallafré A, López Rosendo M, Real J, Obiols Llandrich JE. Fenotipo neuropsicológico del trastorno de déficit atencional/hiperactividad: ¿existen diferencias entre los subtipos? *Rev Neurol*. 2005[citado 30 ago 2017];40(Supl 1):17-23. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2005074>
18. Cardo E, Bustillo M, Riutort L, Bernad M, Meisel, V, García-Banda G. ¿Cuál es la combinación de síntomas, según padres y maestros, más fiable para el diagnóstico del TDAH? *An Pediatr*. 2009[citado 4 ago 2017];71(2):141–147. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403309002732>
19. Ortiz Luna JA, Acle Tomasini G. Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos. *Rev Neurol*. 2006[citado 30 ago 2017]; 42 (1): 17-21. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Guadalupe\\_Tomasini/publication/232703521](https://www.researchgate.net/profile/Guadalupe_Tomasini/publication/232703521).
20. Peña M. Análisis crítico de discurso del Decreto 170 de Subvención Diferenciada para Necesidades Educativas Especiales: El diagnóstico como herramienta de gestión. *Psicoperspectivas*. 2013 [citado 30 nov 2017]; 12 (2):93-103. Disponible en: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/252/286>

21. Rubia K, Alegría AA, Brinson H. Anomalías cerebrales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Rev Neurol. 2014. [citado 3 ago 2017]; 58 (Supl 1): 3- 18. Disponible en: <https://medes.com/publication/89848>

22. Macías Llanes ME. Sistema de superación profesional para el tratamiento de las relaciones ciencia - tecnología - sociedad en el sector de la salud. [Tesis]. [Camagüey]. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey Carlos J. Finlay; 2014.206p.Disponible en: <http://beduniv.reduniv.edu.cu/index.php?page=13&id=695&db=1>

23. Abad Mas L, Ruiz Andrés R, Moreno Madrid F, Herrero R, Suay E. Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Rev Neurol. 2013. [citado 30 ago 2017]; 57(Supl 1): 193-203. Disponible en: <https://psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/10/Intervenci%C3%83%C2%B3n-psicopedag%C3%83%C2%B3gica-en-TDAH.pdf>

24. López Sánchez GF, López Sánchez L, Díaz Suárez A. Efectos de un programa de actividad física en la condición física de escolares con TDAH. Rev Ib CC Act Fís Dep. 2014[citado 30 jul 2017];3(3): 24-37. Disponible en: [http://www.riccafd.uma.es/DOCUMENTOS/articulos/VOL003/n3/CF\\_TDAH\\_Lopez.pdf](http://www.riccafd.uma.es/DOCUMENTOS/articulos/VOL003/n3/CF_TDAH_Lopez.pdf)

25. López Sánchez L, López Sánchez GF, Díaz Suárez A. Efectos de un programa de actividad física en la imagen corporal de escolares con TDAH. CPD. 2015[citado 30 ago 2017]; 15 (2): 135 – 142. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1578-84232015000200015&lng=es&nrm=iso&tIng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232015000200015&lng=es&nrm=iso&tIng=es)

26. López Sánchez GF, Nicolás López JL, Díaz Suárez A. Efectos de un programa de actividad física en la calidad del sueño de escolares con TDAH. Rev Euroamaric Cien Depor. 2016[citado 13 ago 2017];5(1):19-26. Disponible en: <https://revistas.um.es/sportk/article/view/249071>

27. Jarque Fernández S. Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). An Psicol. 2012[citado 13 ago 2017]; 42 (1): 19-33. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/253520>.

28. Borges Machín CE. Algunas consideraciones sobre los factores potencialmente psicopatógenos del Medio. Gac Méd Espirit. 2005[citado 1 ago 2017];7(1).Disponible en: <http://www.revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/913>



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

[No Comercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).