

Opina uno de los mejores expertos en el campo del TDAH.

Actualidad sobre los trastornos por déficit de atención con hiperactividad

PyM y Fundación CALVIDA

Durante los días 14 al 16 del pasado mes de marzo, contamos en España con la visita del Profesor Dr. D. Eric Andrew Taylor, Psiquiatra, Jefe del Servicio de Psiquiatría del King's College, de Londres. Miembro de diversas Sociedades Científicas y Profesor en varias Universidades del Reino Unido. El Dr. Taylor es un científico de reconocido prestigio por sus trabajos en el campo de la Psiquiatría Infanto-Juvenil y de manera destacada en los Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Sus investigaciones se han publicado en forma de artículos en Revistas Científicas, en libros y en capítulos de libros. Los puntos de vista del Dr. Taylor son bastante críticos con los planteamientos habituales de la Psiquiatría norteamericana, representando bastante mejor los criterios que mantiene la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) con relación al TDAH.

Ha sido invitado a participar, como Ponente destacado, por la Fundación CALVIDA, organización responsable de las JORNADAS INTERNACIONALES SOBRE EL TDAH, celebradas en el Hospital "Ramón y Cajal", de Madrid.



El Profesor E. Manuel García Pérez, Vicepresidente de la Fundación CALVIDA, Director Técnico del Grupo ALBOR-COHS y Coordinador del Comité Científico de estas Jornadas, ha entrevistado al Profesor Taylor para "Padres y Maestros".

E. Manuel García Pérez: El TDAH parece ser un tema de moda en la mayoría de los países; en su opinión, ¿esto se debe a que existen ahora más casos de niños con TDAH o a otros motivos?

Profesor Taylor: Ciertamente, el tema de los problemas de la atención está recibiendo desde hace varios años un interés creciente. En especial los niños y adolescentes con TDAH se encuentran en el foco central de la atención de Profesionales e Investigadores; sin embargo, el principal motivo de esto no es que ahora haya más niños con este problema. Sencillamente, ahora se detectan e identifican con mayor frecuencia que hace algunos años.

¿Cuántos niños se estima que presentan este problema?

La característica de los Niños con Déficit de Atención con Hiperactividad (DAH) es posible que se de en torno al 5% de la población general; sin embargo no todos los niños con DAH pueden presentar el problema conocido como TDAH. En el último de los estudios realizados en el Reino Unido, solamente un 1% de la población presentaba un TDAH de intensidad grave. Sin embargo, posiblemente hasta un 7% de la población puede presentar en algún grado este Trastorno.

Entonces, usted opina, que el Trastorno por Déficit de Atención se presenta en diversas intensidades a lo largo de un continuo...

De alguna manera se podría decir así. Los niños nacen con unas características determinadas por sus genes, pero es la influencia del ambiente, la que produce la consolidación del mensaje genético en forma de comportamientos más o menos habituales. En primer lugar la

influencia de los padres y, posteriormente, la de los profesores, explica que dos niños diferentes, con información genética similar, se comporten de modos distintos.

Es decir, que se podría decir que el DAH es una característica congénita, pero que el Trastorno por DAH es adquirido...

Sí. En efecto. Aunque no debe tomarse esta afirmación de una manera tajante y radical, sino con bastante prudencia.

¿Cuál es entonces el papel de los genes? ¿Se puede afirmar que la causa del DAH es genética?

Los genes son indiscutiblemente un factor congénito que predispone al individuo para presentar unos comportamientos u otros. El peso de los genes es muy importante y difícil de contrarrestar con estrategias educativas, pero, no sólo se puede considerar que la influencia ambiental es la que activa el mensaje genético, permitiendo que éste se exprese en forma de conductas más o menos problemáticas, sino que, también se puede estimar que los genes no llevarían al TDAH si los educadores actuasen de manera eficaz desde la primera infancia.

Entonces, el TDAH se podría evitar ¿Podríamos hablar de prevención?

Es posible hablar de prevención primaria y secundaria. Si ante la aparición de los primeros indicadores de DAH, los educadores, padres y maestros, actuaran de un modo eficaz, presuponiendo la posibilidad de que el niño tenga DAH, se podría hablar de prevención primaria. En el segundo caso, la prevención secundaria sería posible si, una vez comprobada la existencia de DAH, con los primeros comportamientos inadecuados ya instaurados, los padres y educadores reorganizaran la situación familiar y escolar y modificaran sus hábitos educativos y de enseñanza.

Pero, para esto hace falta disponer de instrumentos de detección precoz ¿Existen pruebas bio-

lógicas que permitan la identificación correcta de los niños con DAH?

No. En el momento actual, no existe ninguna prueba biológica con la que se pueda realizar un diagnóstico certero de DAH.

Suponemos que una prueba genética será muy costosa, pero, ¿con una prueba genética, no tendríamos información suficiente?

No. La información genética que hoy en día se maneja, con relación al DAH, nos permite asegurar que en un gran número de casos, la causa o el origen del problema está en los genes. Pero no todos los sujetos con DAH presentan las mismas características genéticas y, además, algunos casos no presentan ninguna.

Bien, pero los estudios neurofisiológicos parecen indicar anomalías en el funcionamiento cerebral asociadas al DAH ¿No sirven estas pruebas para determinar la existencia del DAH?

No. Los Electroencefalogramas no indican absolutamente nada respecto del DAH. Solamente se emplean para estudiar la posible existencia de epilepsias o focos epilépticos. Por otra parte las cartografías cerebrales, una forma más compleja de EEG que se denominan EEG cuantificados, tampoco se pueden emplear con fines diagnósticos. Es cierto que, durante la primera infancia, estas cartografías muestran indicadores de funcionamiento cerebral asociado a problemas de atención, pero a partir de cierta edad se normalizan y aunque el niño siga con problemas atencionales, la cartografía ya no indica nada al respecto.

¿Y los estudios con Potenciales Evocados, SPEC y otras?

Ninguna prueba neurológica sirve como instrumento diagnóstico del DAH.

En tal caso, ¿por qué se practican en algunos Centros Médicos?

Las razones pueden ser varias. La más importante, es para descartar otros posibles problemas neurológi-

cos en casos complejos. Debe tenerse en cuenta que un niño puede presentar problemas muy diversos, entre ellos, DAH, pero no el único. El Neurólogo, a la vista de los datos recogidos en entrevistas previas, puede tener dudas sobre la naturaleza de los problemas del niño y desear ampliar la evaluación con estos instrumentos. En otras ocasiones, especialmente en Hospitales Universitarios, estas pruebas sirven para mejorar el conocimiento sobre éste y otros problemas.

Bien, ¿y qué puede decirnos de las evaluaciones neuropsicológicas? En la actualidad está aumentando el número de profesionales que prescriben o practican pruebas neuropsicológicas ¿Cuál es su utilidad?

Con una finalidad diagnóstica las pruebas neuropsicológicas son totalmente innecesarias. No es posible diagnosticar DAH con estas pruebas. Algunos profesionales las emplean para tener un cierto conocimiento de cómo funcionan algunas partes del cerebro. Sin embargo, cuando los resultados de estas pruebas son satisfactorios no indican nada especial y cuando no son satisfactorios no se sabe si se debe a un mal funcionamiento cerebral permanente (siempre funcionará mal) o transitorio; es decir, que tras un proceso de entrenamiento en determinadas tareas, las pruebas cambiarán los resultados.

¿Practicaban ustedes pruebas neuropsicológicas?

De manera habitual, no las practicamos. Solamente en algunos casos concretos.

¿Cuál es la forma habitual de diagnóstico en su Hospital?

De manera general, tenemos una entrevista clínica con los padres, a quienes solicitamos información sobre el comportamiento habitual de su hijo en casa, en la calle y en el colegio. Si es necesario solicitamos al Colegio que nos rellene un cuestionario de conducta. Con esta infor-



mación es suficiente para establecer un diagnóstico fiable en el 80% de los casos.

¿Y en los casos restantes?

Cuando esta información no resulta suficiente para concretar el diagnóstico de DAH, entonces se procede a una valoración psicológica y neurológica más completa. En casi todos estos casos, lo que nos encontramos es que el problema es algo más que un DAH o bien que no es un DAH, sino otro problema diferente.

En los últimos años algunos profesionales tienden a utilizar en nuestro país las escalas de Keith Conners u otras basadas en las de Conners (EDAH) ¿Cree usted que estas escalas tienen un buen valor diagnóstico?

Desconozco las escalas EDAH que usted menciona, pero las Escalas de Conners sí son muy conocidas y empleadas en el Reino Unido. Sin embargo, estas escalas no sirven con fines diagnósticos. Se emplean para poder detectar niños que pudieran tener problemas de atención, de hiperactividad, de rendimiento escolar o de graves problemas de conducta. De hecho son mejores para determinar niños con problemas de ajuste escolar o social que niños con DAH.

En este caso, serían unas escalas equivalentes a las EACP que empleamos nosotros en España...

En efecto, sus Escalas EACP pueden cumplir la misma misión que las de Conners, con la ventaja de que las han elaborado y validado con la población española. Sin embargo, igual que con las anteriores, solamente les sirven para detectar los posibles casos de niños con DAH.

¿A qué edad considera usted que es posible efectuar un diagnóstico de DAH?

A partir de los tres años de edad los niños ya presentan todas las pautas de este problema. Por lo tanto, es posible realizar el diagnóstico desde esta edad.

Y en cuanto al tratamiento farmacológico, ¿cuándo puede iniciarse?

Nosotros estimamos que desde los cuatro años de edad es posible considerar la conveniencia de proporcionar medicación a los casos más graves. Sin embargo, la medicación no es para nosotros la primera opción de tratamiento.

¿Cuál es entonces el método que usted propone?

En primer lugar, ofrecemos asesoramiento a los padres y a los maestros de los niños con DAH. Les explicamos en qué consiste este problema y les entrenamos en técnicas educativas. Si con estas medidas no es posible mejorar la situación, entonces les sugerimos el tratamiento farmacológico, complementado con medidas psicoeducativas.

En su opinión, ¿los niños con DAH, deben recibir atención especial en las aulas de colegios normales o deberían acudir a colegios especiales?

Los niños con DAH no se diferencian tanto del resto de los niños como para necesitar acudir a Centros especiales. Estos Colegios especiales están concebidos para atender a niños con grandes diferencias respecto de los normales. Los niños con DAH solamente tienen que recibir un trato algo diferente respecto de los demás compañeros. Por ejemplo, debe permitírseles hablar en clase, siempre y

cuando no perturben gravemente a los demás, moverse por el aula, dividir sus trabajos escolares en dos o más periodos, recibir explicaciones complementarias de los profesores,...

¿Qué puede decirnos de los temores de los padres de estos niños sobre su futuro? En España algunos profesionales han escrito que los niños con TDAH están predestinados a la delincuencia, el fracaso escolar, la inadaptación social, el consumo de alcohol y otras drogas, etc...

Esos temores también se produjeron hace algunos años en el Reino Unido, pero la verdad es que tener DDAH no es razón para ser delincuente, alcohólico o drogadicto. En Psiquiatría se conoce bien que los factores que llevan a la delincuencia y la drogadicción son otros. El DDAH es un importantísimo factor de riesgo para ser rechazado socialmente y para tener algún fracaso escolar, pero solamente si los educadores desconocen la naturaleza del problema del niño y lo tratan de manera inadecuada. Cuando un niño con DDAH recibe las ayudas escolares, educativas y sociales que le corresponden, puede terminar sus estudios en función de sus aptitudes y desarrollar una labor profesional en cualquier campo laboral.

En su opinión, ¿los padres de los niños con DDAH, disponen habitualmente de recursos educativos para educar a estos hijos?

No. La mayoría de los padres no han sido preparados para educar niños difíciles, como lo son estos niños. Definitivamente, necesitan ayudas para aprender a tratarlos.

Y ¿los profesores?

Sinceramente, creo que les ocurre algo parecido a los padres, pero con una diferencia. Los profesores pueden encontrar esos recursos en su medio: libros, cursos, seminarios, compañeros con más experiencia, etc... En mi opinión, el mayor problema al que se enfrentan los profesores es el desconocimiento de qué

alumnos tienen DDAH y no es otro problema diferente el que explica su comportamiento: inatento o hiperkinético habitual o sus problemas de aprendizaje.

¿Cuáles son las principales líneas de investigación actuales en TDAH?

Por una parte, la investigación genética sobre las causas del problema. Probablemente, cuando conozcamos bien las causas o los orígenes podremos mejorar la prevención y el tratamiento. Por otra parte, la investigación sobre nuevos fármacos que sustituyan a los actuales, sus efectos secundarios, y ofrezcan una eficacia mayor.

¿Quiénes son los profesionales cualificados para diagnosticar DDAH?

Sin ninguna duda, los Pediatras, Psiquiatras, Neurologos y los Psicólogos.

¿Puede realizar este diagnóstico cualquiera de estos profesionales en igualdad de condiciones?

Si el caso no presenta otras complicaciones neurológicas o psiquiátricas, sí. En efecto. Ahora bien, en los casos en que aparezcan otros signos neurológicos, debe ser el Neurólogo quien determine el diagnóstico.

Finalmente, Profesor: ¿cuál es el mejor tratamiento para estos niños: el farmacológico, el educativo, el psicológico, otros...?

Los estudios de los últimos años no dejan lugar a dudas: el mejor tratamiento es aquel que se diseña de acuerdo a las características concretas de cada caso y de su entorno. Por lo tanto, no cabe hablar de un tratamiento idéntico para todos los niños con DDAH. Ahora bien, la combinación de fármacos psicoestimulantes (metilfenidato), asesoramiento educativo a padres y profesores y entrenamientos específicos a los niños es la mejor combinación terapéutica.

Con relación a las Jornadas a las que usted ha asistido como Ponente, ¿qué le han parecido los

trabajos expuestos, el nivel de los profesionales que han participado en ellas?

En mi opinión, tienen ustedes un gran nivel de conocimientos sobre este tema. La forma general de actuación de los profesionales que se ha puesto de manifiesto en las Jornadas es muy adecuada y el nivel de competencia observado es muy alto. Los trabajos expuestos: las investigaciones sobre prevalencia del TDAH en España, los resultados de diversos programas de tratamiento psicopedagógico y la actividad de las Asociaciones de Padres de Niños con DDAH, muestran que España se encuentra en primera línea y que podrá realizar significativas aportaciones en este campo en los próximos años.

Muchas gracias por su tiempo Profesor Taylor. Le agradecemos la atención que ha tenido con nosotros en esta entrevista y esperamos tenerle de nuevo entre nosotros próximamente. ■

Para saber más

Coincidiendo con la celebración de las Jornadas Internacionales sobre el TDAH, el Grupo ALBOR-COHS, ha presentado dos nuevas obras sobre el tema: *Mitos, Errores y Realidades sobre la Hiperactividad* y un *Programa de Entrenamiento en Habilidades Metacognitivas para Maestros de Niños Hiperactivos*. Además, se han puesto a disposición de Padres y Maestros unas *Guías sobre la Hiperactividad*. Las personas interesadas en alguna de estas obras pueden dirigirse a la Asociación de Padres de Niños Hiperactivos de su localidad o bien llamando a la Fundación CALVIDA 902 360 110