

# Adana News Premium

Nº  
03

NOVIEMBRE 2015

## Contenido

### EL PROFESIONAL OPINA

03 / Entrevista: La investigación más importante sobre TDAH en el 2015.

### ARTÍCULOS DE INTERÉS

- 09 / Riesgo de tics asociados con el uso de psicoestimulantes en pruebas randomizadas y con control a través de placebo. Meta-análisis.
- 10 / La hiperactividad en edad preescolar se asocia con una carga económica a largo plazo: evidencia de un Estudio Longitudinal de análisis de costes de salud incurridos en la infancia, adolescencia y juventud temprana.
- 11 / Funciones ejecutivas en el parvulario con niveles altos de conductas disruptivas.
- 12 / Estabilidad de los trastornos del sueño desde preescolar hasta primer grado y su bidireccionalidad con síntomas psiquiátricos.
- 13 / ¿Puede un tratamiento multimodal intensivo para madres con TDAH mejorar la eficacia del entrenamiento para niños con TDAH? Un Ensayo multicéntrico randomizado y controlado.
- 14 / Efectos diferentes de los síntomas de TEA y TDAH en la anticipación de recompensa en participantes con TDAH, sus hermanos no afectados y controles; un estudio transversal.
- 15 / Intervenciones no-farmacológicas para el TDAH ejecutadas en el entorno escolar: revisión sistemática de la investigación cualitativa y cuantitativa.
- 18 / Funcionamiento familiar y vinculación de los padres en adultos diagnosticados con TDAH

### A DEBATE

19 / Hasta un tercio de los niños con TDAH son diagnosticados antes de los seis años

### DÍA A DÍA EN FUNDACIÓN ADANA

- 24 / Fundación adana estrena su nueva web de formación.
- 25 / Celebración de la VI semana europea del tDAH y petición del día mundial para el TDAH.
- 26 / Jornada anual de Fundación ADANA.
- 27 / Outlet navideño: "Ningún niño sin tratamiento".

# Entrevista: La investigación más importante sobre TDAH en el 2015

Laurie E. Scudder, DNP, NP;  
Paul H. Lipkin, MD;  
Robert L. Finding, MD  
July 21, 2015

03

*Entrevista de Medscape con dos profesionales sobre el estado actual de conocimiento sobre el TDAH y lo que las nuevas investigaciones aportan al diagnóstico y tratamiento del trastorno. Responden el Dr. Paul Lipkin, profesor asociado de la Universidad de Johns Hopkins y director de información médica de la Red de Autismo del Instituto Kennedy Krieger de Baltimore, Maryland y El Dr. Robert Finding, profesor de psiquiatría y ciencias de la conducta de Johns Hopkins y vicepresidente de los servicios de psiquiatría e investigación en el Instituto Kennedy Krieger.*

**MEDSCAPE:** Un reciente estudio con datos del Centro Nacional de Estadística para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC] informó de que la prevalencia del TDAH varía considerablemente, dependiendo de factores tales como el tipo del seguro médico y el origen étnico. ¿Se puede hablar de la epidemiología de TDAH en los Estados Unidos, particularmente en términos de influencias

## demográficas y socioeconómicas?

**DR LIPKIN:** Nuestro conocimiento sobre el TDAH a través del tiempo se ha centrado principalmente en los niños en edad escolar, en gran parte debido a que es la población utilizada por muchos de los ensayos de medicamentos. Pero a medida que el interés se ha ampliado en los últimos años, era obvia la importancia de identificar a las poblaciones menos reconocidas, y el primer grupo que llamó la atención fueron las niñas.

El segundo grupo poco reconocido son los niños que son principalmente desatentos y no demasiado hiperactivos. Yo trabajo en un centro para el desarrollo, y vemos una gran cantidad de niños que tienen problemas en la escuela, pero sin problemas de conducta muy claros.

Entre los grupos étnicos, la frecuencia es probablemente más alta entre los niños afroamericanos y el más bajo entre los niños hispanos, estando los niños blancos en algún punto intermedio. Se cree que el TDAH afecta a alrededor de 10% de los ni-



ños, pero hay diferencias entre los grupos étnicos. La pregunta es en cuánto de esto es socioeconómico, ¿cuánto de esto tiene que ver con los medios de identificación, y cuánto tiene que ver con variables de tratamiento?. Esas preguntas tendrán respuestas en los próximos años.

**MEDSCAPE: Un nuevo estudio de la Universidad Johns Hopkins encontró que los niños con TDAH son 12 veces más propensos a tener conductas de atracones, y en otro estudio encontraron una asociación entre el TDAH y la muerte prematura. ¿Se puede hablar de la relevancia clínica de estos hallazgos? ¿Cómo deben los profesionales de atención primaria actuar para la detección de estas condiciones comórbidas?**

**DR FINDLING:** Por muchas razones, el diagnóstico de TDAH no es fácil de hacer. Pero suponiendo que se tiene la certeza de su diagnóstico, hemos sabido durante años que las condiciones comórbidas son la regla y no la excepción. Si se identifica a un niño y se tiene la certeza en el diagnóstico de TDAH, es necesario pensar acerca de las condiciones comórbidas, algunas de las cuales son el resultado de TDAH y otras presentan síntomas que se superponen con el TDAH. Los atracones de comida se asocia con el control de impulsos. Sabemos que las personas con TDAH son más impulsivas que otras per-

sonas, lo que contribuyen a la expresión de otras dificultades.

**MEDSCAPE: Muerte prematura y suicidabilidad tienen un componente impulsivo. ¿Es correcto?**

**DR FINDLING:** Correcto. La muerte prematura es a menudo repentina, debido principalmente a accidentes. Las personas que toman riesgos o que se distraen fácilmente tienen más accidentes de coche y otros tipos de accidentes que pueden tener consecuencias, no sólo de lesiones, si no que pueden llegar a ser mortales. También sabemos que las personas con TDAH tienen índices más altos de trastornos del estado de ánimo y los trastornos del estado de ánimo son un factor de riesgo principal para el suicidio consumado, ya que la impulsividad puede conducir a este hecho o a actos autoleivos. Los síntomas del TDAH pueden afectar también los comportamientos alimentarios. Todo esto puede llevar a lesiones y accidentes y más visitas a urgencias. En casos más graves, que están asociados con las conductas de riesgo o de distracción, incluso pueden ser letales. Eso es lo que estamos hablando aquí, las características del TDAH que tienen un impacto en otros ámbitos fuera de un contexto del TDAH.

**DR LIPKIN:** En cierto modo, un diagnós-

tico de TDAH es una bandera roja o un marcador de la punta del iceberg, porque hay una serie de problemas debajo de la superficie. Para el profesional de atención primaria, es importante reconocer que esto es algo más que un trastorno del comportamiento aislado y estar alerta ya que pueden desarrollarse una serie de problemas médicos, psiquiátricos y de comportamiento a través del tiempo.

**MEDSCAPE: Nuevos estudios reportan estudios que relacionan una asociación entre exposición prenatal a la polución y el incremento de riesgo para síntomas de TDAH y trastornos de conducta. ¿Qué se conoce sobre estos potenciales contribuyentes al TDAH?**

**DR LIPKIN:** Esta es un área fascinante de la investigación médica que estamos empezando a estudiar. Los que más lo han hecho son equipos de la Costa Oeste, tanto en TDAH y en autismo. Estudios recientes han evaluado el impacto de los bifenilos policlorados, (PCBs) y polucio- nantes relacionados y su efecto en el desarrollo de los niños así como específicamente en TDAH. Pero los estudios que tenemos sobre posibles contaminantes presentan información a veces controvertida como lo ha hecho un estudio danés sobre posibles contaminantes; los datos que ha aportado finalmente muestran que no afectan al TDAH.

**MEDSCAPE: en los años 80 vimos niños con niveles muy altos de plomo que requirieron de atención médica. ¿Podemos pensar que pasará lo mismo con la exposición al PCB?**

**DR LIPKIN:** El exceso de plomo en las personas demostró ser muy nocivo ya que presentaban después problemas neurológicos. Aprendimos la lección con el plomo, que pilló a todos por sorpresa. Ahora sabemos que hemos de buscar agentes contaminantes y actuar con prisa en estos casos. Tenemos, por ejemplo, la Agencia de Protección del ambiente y personal que investigan estas exposiciones primero en animales para después buscar en humanos, lo que hace que haya elementos preventivos que antes no existían y la posibilidad de desarrollar estrategias para evitar daños en el feto y en la madre.

**MEDSCAPE: ¿Debería mantenerse el diagnóstico clínico del TDAH o existe en la investigación la búsqueda de biomarcadores que ayuden en este proceso?**

**DR FINDLING:** El diagnóstico de TDAH es muy complejo, y se complica con la aparición de comorbilidades además de la falta de especificidad de los síntomas. Se añade el hecho que hemos de preguntarnos algo del entorno como cuales son las expectativas de la familia y sus propias



capacidades, ya que afectan a las demandas educativas y al desarrollo del niño. ¿Hay algún familiar con el trastorno? Esto también ayuda al diagnóstico porque es altamente hereditario.

Hay que saber escuchar a los padres y lo que a ellos les preocupa para entender cuál es el problema, para después explicarles cómo interpretamos los síntomas que ellos describen y saber que hablamos del mismo niño. Solo después podemos hablar de si puede, o no, presentar TDAH.

Sugiero por tanto que hay que dedicar tiempo a saber cuáles son las dificultades y las fortalezas del niño y sus familias antes de formular respuestas. Esto requiere tiempo, ya que se ha de llegar a acuerdo entre los informantes y el profesional de qué se habla y cómo se ayuda.

**DR LIPKIN:** Vivimos en una era electrónica por lo que no hay que cerrarse a lo que ayuda, pero estoy de acuerdo en que aún no tenemos herramientas para hacer un diagnóstico online y lo que más ayuda es escuchar al paciente y sus personas cercanas. Un EEG no nos va a contar mucho más de lo que ellos nos dicen.

**MEDSCAPE:** Cuando comenta “información de los familiares”, ¿incluye a los maestros y los cuidadores? ¿Cuan amplia ha de ser la información para evaluar la conducta del niño?

**DR FINDLING:** A veces hay que dar igual peso a todos los informantes. Imagine una escuela que exige mucho al niño, más de lo que él puede aportar. Puede parecer aburrido o nervioso, pero es por que no puede llegar donde le piden. Esto no quiere decir que tenga TDAH si no que las expectativas son demasiado altas. Otras veces es la familia, que es muy permisiva y tiene expectativas muy diferentes a las que hay en la escuela. Por ello, hay que valorar no solo lo que el niño es, si no lo que se espera de él. Si hay divergencias entre los informantes, hay que analizar muy bien las causas antes de hacer el diagnóstico.

Otro ejemplo es un niño al que hacen bullying en la clase o el recreo. Puede ser disruptivo, pero lo es debido a la ansiedad de su situación y para evitar ser agredido... Ninguna máquina descubriría esto, solo un clínico a base de investigar.

**MEDSCAPE:** ¿Hay alguna nueva investigación sobre tratamientos farmacológicos o no farmacológicos para la intervención del TDAH en los centros de atención primaria?

**DR FINDLING:** Tengo que decir que no hay nada nuevo en este año, quizás conocemos mejor la intervención de la medicación pero el tratamiento cognitivo-conductual sigue siendo el mismo.

Hay que recordar que lo más importante es un diagnóstico muy cuidadoso y aquellas intervenciones que han demostrado su eficacia así como un seguimiento para ver si hay mejoría con el tiempo. Se busca más un “traje a medida” para atender mejor las necesidades de cada individuo pero no hay variaciones sustanciales.

**DR LIPKIN:** También el mensaje que se da ahora a la familia es mejor, tenemos muchos datos de investigaciones y seguimiento de pacientes que nos permite tranquilizar a las familias de que no es experimental y que hay expectativas de éxito.

**MEDSCAPE:** ¿Podemos decir esto de los tratamientos no farmacológicos? ¿No hay dudas al respecto de si las técnicas conductuales funcionan o no?

**DR LIPKIN:** De forma rotunda podemos decir que funcionan, y nos referimos a técnicas que puede seguirse en el hogar o que los niños pueden aprender así como aquellas que el maestro ha de incorporar en clase. Como todos los trastornos del desarrollo, el TDAH es un espectro de síntomas, por lo que necesitamos pensar de un modo más amplio en estos niños y sus necesidades que un simple diagnóstico con un tratamiento específico. Por ejemplo, se ha de pensar también en los trastornos comórbidos y temas que

puedan pasar en la escuela.

**DR FINDLING:** Hacer un diagnóstico de TDAH no es fácil. No es identificar problemas conductuales y dar una medicación para ver si mejora, si no de atender a las carencias y establecer un plan de intervenciones y hacer un buen seguimiento para ver si funcionan.

×

## Riesgo de tics asociados con el uso de psicoestimulantes en pruebas randomizadas y con control a través de placebo. Meta-análisis.

STEPHANIE C. COHEN, BA, JILIAN M. MULQUEEN, BA, EDUARDO FERRACIOLI-ODA (STUDENT), ZACHARY D. STUCKELMAN (STUDENT), CATHERINE G. COUGHLIN, BS, JAMES F. LECKMAN, MD, PHD, MICHAEL H. BLOCH, MD, MS

Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2015)

 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2015.06.011>

### RESUMEN:

La práctica clínica actualmente disminuye el uso de medicación psicoestimulante en niños con una historia familiar de tics, o que ya los presentan, por miedo a que se agraven como consecuencia de la medicación. El objetivo de este Estudio ha sido llevar a cabo un Meta-Análisis para examinar el riesgo de un empeoramiento de los tics o la aparición de los mismos como efecto adverso de la medicación, en estudios con control de placebo y randomizados.

### MÉTODO:

Se llevó a cabo una búsqueda en PubMed para identificar todos los estudios doble-ciego, randomizados y con control de placebo examinando la eficacia de la medicación psicoestimulante en el tratamiento de niños con TDAH. Se utilizó el meta-análisis de riesgo relativo a la aparición o empeoramiento de síntomas por la medicación comparado con placebo. Se utilizó un análisis de subgrupos estratificados y meta-regresión para examinar los efectos de tipo de estimulante, la dosis, la duración del uso, el diseño del ensayo, y la media de edad de los participantes sobre el riesgo medido de tics.

### RESULTADOS:

Se identificó 22 Estudios, que contemplaban 2,385 niños con TDAH y que se incluyeron en este Meta-análisis. Se solía reportar la aparición o empeoramiento de tics cuando se daba psicoestimulantes (tasa de eventos=5.7%, [95% CI: 3.7%, 8.6%]) y en los grupos de placebo (tasa de eventos=6.5%, [95% CI: 4.4%, 9.5%]). Pero el riesgo de nueva aparición de tics asociados a psicoestimulante era similar al de placebo (RR=0.99 [95% CI: 0.78, 1.27], z=-0.05, p=.962). Del Estudio se dedujo que el tipo de psicoestimulante, dosis y duración de dicho tratamiento no afectó el riesgo de nueva aparición o empeoramiento de tics.

### CONCLUSIONES:

El Meta-análisis de ensayos controlados no apoya una asociación entre la nueva aparición o empeoramiento de los tics y el uso de psicoestimulantes. Los médicos pueden considerar volver a reconsiderar cuando los niños explican una nueva aparición o empeoramiento de los tics con el uso de psicoestimulantes, ya que estos síntomas son mucho más probable que sea una coincidencia y no causado por los psicoestimulantes.

## La hiperactividad en edad preescolar se asocia con una carga económica a largo plazo: evidencia de un Estudio Longitudinal de análisis de costes de salud incurridos en la infancia, adolescencia y juventud temprana

CHOROZOGLOU M, SMITH E, KOERTING J, THOMPSON MJ, SAYAL K, SONUGA-BARKE EJ.

J Child Psychol Psychiatry. 2015 Jun 13.

 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26072954>

### RESUMEN:

El TDAH en la edad preescolar es un factor de riesgo temprano para problemas mentales y conductas conflictivas en la edad adulta. Pero conocemos poco sobre temas como: a) los patrones de los costos del servicio a largo plazo asociados con este marcador de comportamiento en la población general y (b) los factores específicos que predicen los costos relacionados con la hiperactividad. Se realizó un estudio prospectivo para investigar las asociaciones entre la hiperactividad preescolar y el promedio de los costos anuales individuales de servicios hasta finales de la adolescencia y la edad adulta.

### MÉTODO:

Para saber más sobre estos datos se identificaron ciento setenta individuos calificados como hiperactivos por sus padres y 88 controles no hiperactivos a partir de una muestra comunitaria de 4.215 niños de tres años edad. Se fue recogiendo la información de base acerca del comportamiento/ problemas emocionales características de fondo. En el seguimiento (cuando tenían entre 14 y 25 años) se obtuvo información sobre el uso del servicio, y los costos asociados desde los 3 años de edad. Con base en esta información se calculó el coste medio anual incurrida por cada individuo.

### RESULTADOS:

En comparación con los controles, los niños preescolares con hiperactividad tenían unos costos promedios 17,6 veces mayores por año entre dominios (aparte de los costos de salud no mentales); de £ 562 para cada individuo hiperactivo en comparación con 30 £ para los controles. Los costos promedio anuales disminuyeron en función de la edad, con mayores costos a edades más tempranas. Los efectos de la hiperactividad siguieron siendo significativos cuando se añadieron otros factores de base. Los efectos fueron totalmente mediados por la morbilidad psiquiátrica más tarde. Cuando el grupo hiperactivos fueron examinados por separado, los costos se predijeron consistentemente por el sexo masculino y, para algunos costos, por problemas de conducta.

### CONCLUSIONES:

Este estudio reafirma que enfoques preventivos dirigidos a cuando empieza a aparecer síntomas de hiperactividad pueden ser de mucho valor. Los servicios deben estar dirigidos a las personas de alto riesgo con una cuidadosa consideración al costo-beneficio de las estrategias de intervención temprana.

## Funciones ejecutivas en el parvulario con niveles altos de conductas disruptivas.

MONETTE S, BIGRAS M, GUAY MC.

Br J Dev Psychol. 2015 Jul 21.

 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26198079>

### RESUMEN:

Dado que se han hecho muy pocos estudios al respecto, no se ha demostrado de forma convincente si en los niños con comportamiento perturbador (DBD) hay déficits en las Funciones Ejecutivas (EF). La presencia de debilidades en las EF en niños con DBD a menudo ha sido impugnada a causa de la alta comorbilidad entre DBD y el TDAH y de las deficiencias metodológicas en relación con las medidas de EF.

### MÉTODO:

En este contexto, se investigó el vínculo entre la EF y los comportamientos disruptivos en el parvulario utilizando una serie muy seleccionada de medidas de EF. Se compararon tres grupos de niños de parvulario: (1) un grupo que combinaba altos niveles de conductas disruptivas y síntomas del TDAH (COMB); (2) un grupo que presentaba altos niveles de conductas disruptivas/agresivos y bajos niveles de síntomas del TDAH (AGG); y (3) un grupo normativo (NOR).

### RESULTADOS:

Los niños en el COMB y grupos AGG presentaban unas capacidades de inhibición más débiles en comparación con sus compañeros

normativos. Además, sólo el grupo COMB mostró capacidades de memoria de trabajo más débiles en comparación con el grupo NOR.

### CONCLUSIONES:

Los resultados apoyan la idea de que los niños en edad preescolar con DBD tienen una capacidad de inhibición más débil y que esta debilidad podría ser común a ambos, TDAH y DBD.

## Estabilidad de los trastornos del sueño desde preescolar hasta primer grado y su bidireccionalidad con síntomas psiquiátricos.

STEINSBEKK, SILJE PHD\*; WICHSTRØM, LARS PHD\*

Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics: May 2015 - Volume 36 - Issue 4 - p 243-251

 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25651065>

### RESUMEN:

Existe un vínculo entre el sueño y la salud mental de los niños pequeños, lo que incluye ansiedad, depresión y trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH).

### MÉTODO:

Para conocerlo mejor, se investigó los patrones de sueño y la salud mental de 1.250 niños nacidos en 2003 y 2004 en Trodheim, Noruega, desde que comenzaron a caminar y entrevistaron a 994 progenitores mediante el *Preschool Age Psychiatric Assessment* (97,2% de participación, 82% de ratio de consentimiento=2475, de los que se tomó este subgrupo de 1250). A los dos años, 795 de estos padres contestaron el cuestionario.

### RESULTADOS:

Los resultados que encontraron fueron que hubo estabilidad en el insomnio (odds ratio ajustado [OR] = 4,03, intervalo de confianza [IC] = 2,83 a 5,75) y el sonambulismo (OR ajustada = 19,28; IC = 4,53 a 82,10), mientras que ninguno de los niños con hipersomnia o trastorno de pesadilla a los 4 años tenía el mismo trastorno 2 años más tarde. El insomnio aumenta el riesgo de desarrollar síntomas de trastorno de conducta, trastorno depresivo mayor (MDD), y la fobia social cuando los niveles

iniciales de insomnio se ajustaron. Los síntomas del TDAH, trastorno negativista desafiante y trastorno depresivo mayor a los 4 años de edad fueron estadísticamente relacionados con el insomnio a los 6 años, el sonambulismo predijo más tarde el trastorno de ansiedad de separación, mientras que la hipersomnia no estaba relacionado con síntomas de trastornos psiquiátricos. El insomnio fue el tipo de trastorno del sueño más común; se diagnosticó en el 17% de niños de 4 años y el 43% de niños de 6 años. El insomnio aumentó el riesgo de ansiedad, depresión y TDAH a los 4 años y el riesgo de problemas de comportamiento a los 6 años. Los niños con ansiedad, depresión, TDAH y problemas de conducta a los 4 años también mostraron un mayor riesgo de sufrir insomnio a los 6 años.

### CONCLUSIONES:

En investigaciones previas ya se había encontrado que los niños de 4 años con trastornos del sueño a menudo muestran síntomas de problemas de salud mental, pero el nuevo estudio destaca que este vínculo también sucede con el tiempo y en ambos sentidos.

## ¿Puede un tratamiento multimodal intensivo para madres con TDAH mejorar la eficacia del entrenamiento para niños con TDAH? Un Ensayo multicéntrico randomizado y controlado.

JANS, T., JACOB, C., WARNKE, A., ZWANZGER, U., GROSS-LESCH, S., MATTHIES, S., BOREL, P., HENNIGHAUSEN, K., HAACK-DEES, B., RÖSLER, M., RETZ, W., VON GONTARD, A., HÄNIG, S., SOBANSKI, E., ALM, B., POUSTKA, L., HOHMANN, S., COLLA, M., GENTSCHOW, L., JAITE, C., KAPPEL, V., BECKER, K., HOLTSMANN, M., FREITAG, C., GRAF, E., IHORST, G. AND PHILIPSEN, A.

Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2015 June 30

 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26123832>

### RESUMEN:

Este es el primer ensayo multicéntrico controlado aleatoriamente para evaluar el efecto de dos tratamientos del trastorno de hiperactividad por déficit de atención en madres (TDAH) en la respuesta al entrenamiento de padres e hijos focalizados para tratar la psicopatología externa del niño.

### MÉTODO:

Se establecieron diadas madre-hijo (n = 144; TDAH según el DSM-IV, 73,5% varones, edad media de 9,4 años) provenientes de cinco unidades de consulta especializada externa universitaria en Alemania. Fueron asignados al azar en el centro de tratamiento multimodal de TDAH materno [psicoterapia de grupo más medicación metilfenidato; grupo de tratamiento (TG): n = 77] o con una gestión clínica [asesoramiento de apoyo sin psicoterapia o psicofarmacoterapia; grupo control (GC): n = 67]. Después de 12 semanas, el tratamiento del TDAH materno se complementa con el asesoramiento individual para todas las diadas. El resultado primario fue un cambio en las puntuaciones de síntomas externalizantes de los niños (investigador ciego a la asignación del tratamiento) desde el inicio hasta el final del entrenamiento de los padres y niños 6 meses más tarde. La

terapia de mantenimiento continuó durante otros 6 meses.

### RESULTADOS:

Se evaluaron 206 diadas para su elegibilidad, 144 fueron asignados al azar, y 143 fueron analizados (TG: n = 77; CG: n = 66). Después de 6 meses, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las puntuaciones de cambio para los síntomas externalizantes de los niños (media ajustada TG-media del intervalo de confianza CG = 1,1, 95% -0,5 a 2,7; p = 0,1854), aunque la psicopatología materna mejoró más en el TG. Las puntuaciones de los síntomas externalizantes de los niños mejoraron de una media de 14,8 al inicio a 11,4 (TG) y 10,3 (CG) a los 6 meses y al 10,8 (TG) y 10,1 (CG) después de 1 año. No se han encontrado daños severos relacionados con estudiar estos tratamientos, pero fueron más frecuentes los eventos adversos en las madres de TG que en madres CG.

### CONCLUSIONES:

No se encontró mejoría en la psicopatía infantil de los síntomas externalizantes entre los grupos de tratamiento materno de TDAH. Sin embargo, el tratamiento multimodal se asoció con una mayor mejoría en el TDAH materno. Los logros del tratamiento infantil y materna se mantuvieron estables.

## Efectos diferentes de los síntomas de TEA y TDAH en la anticipación de recompensa en participantes con TDAH, sus hermanos no afectados y controles; un estudio transversal.

VAN DONGEN EV, VON RHEIN D, O'DWYER L, FRANKE B, HARTMAN CA, HESLENFELD DJ, HOEKSTRA PJ, OOSTERLAAN J, ROMMELSE N, BUITELAAR J.

Mol Autism. 2015 Aug 28;6:48.

 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26322219>

### RESUMEN:

Los rasgos del Trastorno del espectro autista (TEA) se distribuyen de forma continua en toda la población, y los síntomas de TEA también se observa con frecuencia en pacientes con déficit de atención / hiperactividad (TDAH). Tanto TEA y TDAH se han relacionado con alteraciones en el procesamiento neural relacionada con la recompensa. Sin embargo, es actualmente desconocido si ambos dominios de síntomas interactúan y/ o tienen efectos distintos sobre el procesamiento de la recompensa en poblaciones sanas y TDAH.

### MÉTODO:

Se examina cómo la varianza de los síntomas de TEA y TDAH, en los individuos con TDAH y participantes sanos, se relaciona con la respuesta conductual y neural para recompensar durante una tarea que implicase un retraso de incentivo monetario (MID). Los participantes del Estudio de NeuroIMAGE (edad media: 17,7 años, rango: 10-28 años) con un diagnóstico confirmado de TDAH (n = 136), sus hermanos no afectados (n = 83), así como los controles sanos (n = 105) realizaron una tarea MID, en la que se hizo un escáner (MRI). El TEA y la puntuaciones de los síntomas del TDAH se utilizaron como predictores de la respuesta neuronal para premiar la anticipación y recompensar a su recepción. Las respuestas conductuales se modelaron usando modelos lineales mixtos; las respuestas neuronales fueron analizadas utilizando el software Biblioteca de FMRIB

(FSL), análisis de efectos mixtos de propiedad (FLAMEO).

### RESULTADOS:

Los síntomas de TEA y TDAH se asociaron con alteraciones en la actividad BOLD durante la anticipación de la recompensa, pero no en el recibo de la recompensa. En concreto, las puntuaciones de TEA se relacionaron con una mayor actividad insular durante la anticipación de recompensa a través de la muestra. No se encontró interacción entre este efecto y la presencia de TDAH, lo que sugiere que los síntomas de TEA no tuvieron ningún efecto diferencial en el TDAH y poblaciones sanas. Puntuaciones de los síntomas del TDAH se asociaron con una reducción de la actividad prefrontal dorsolateral en anticipación de la recompensa. No se encontraron interacciones entre los efectos de TEA y síntomas de TDAH en el procesamiento de la recompensa.

### CONCLUSIONES:

La variación en los síntomas de TEA y TDAH influyen por separado el procesamiento neural durante la anticipación de recompensa en los individuos con TDAH (o un aumento del riesgo de) y los participantes sanos. Por lo tanto, nuestros resultados sugieren que ambos dominios de síntomas afectan al procesamiento de recompensa a través de distintos mecanismos, lo que subraya la importancia multidimensional.

# Intervenciones no-farmacológicas para el TDAH ejecutadas en el entorno escolar: revisión sistemática de la investigación cualitativa y cuantitativa.

RICHARDSON M, MOORE DA, GWERNAN-JONES R, THOMPSON-COON J, UKOUMUNNE O, ROGERS M, WHEAR R, NEWLOVE-DELGADO TV, LOGAN S, MORRIS C, TAYLOR E, COOPER P, STEIN K, GARSIDE R, FORD TJ.

Health Technol Assess. 2015 Jun;19(45):1-470.

 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26129788>

## RESUMEN:

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por niveles inapropiados a la edad en la falta de atención, impulsividad e hiperactividad. La escuela puede ser particularmente difícil para los niños con TDAH. Pocos estudios han considerado intervenciones no farmacológicas en el entorno escolar.

## OBJETIVOS:

Evaluar la efectividad de intervenciones no-farmacológicas efectuadas en la escuela para niños en riesgo o con TDAH, y explorar los factores que pueden mejorar o limitar su entrega.

## FUENTE DE DATOS:

Se buscó información a partir de 1980 a febrero y agosto de 2013 en veinte bases de datos electrónicas (incluyendo PsycINFO, MEDLINE, EMBASE, Centro de Información de Recursos para la Educación, la Cochrane Library e Investigación Educación completo). Se siguió tres búsquedas separadas mediante cuatro revisiones sistemáticas; que se complementaron con búsqueda de citas hacia adelante y hacia atrás persiguiendo la citación, el sitio web de búsqueda, las recomendaciones del autor y búsquedas manuales de revistas clave.

## MÉTODOS DE REVISIÓN:

Las revisiones sistemáticas se centraron en (1) la efectividad de las intervenciones basadas en la escuela para niños con o en riesgo de TDAH; (2) la investigación cuantitativa que explora las actitudes hacia las intervenciones no farmacológicas en la escuela para alumnos con TDAH; (3) la investigación cualitativa investigando las actitudes y experiencias de los niños, maestros, padres y otras personas que utilizan intervenciones para el TDAH en el entorno escolar; y (4) la investigación cualitativa en explorar la experiencia sobre el TDAH en la escuela entre los alumnos, sus padres y maestros en general. Los Métodos de síntesis incluyen unos efectos aleatorios meta-análisis, meta-regresión y síntesis narrativa para su revisión 1, síntesis narrativa para su revisión 2 y meta-etnografía y el análisis temático de opiniones 3 y 4.

## RESULTADOS:

Para el punto 1, 54 ensayos controlados cumplieron los criterios de inclusión. En los 36 ensayos meta-analizados controlados de forma aleatoria, se observaron efectos beneficiosos ( $p < 0,05$ ) para varios de los síntomas y los resultados escolares. Los tamaños de las medias ponderadas iban desde muy pequeño ( $d + < 0,20$ ) a grande ( $d + \geq 0,80$ ), pero se informó de la heterogeneidad sustancial en las estima-

ciones del tamaño del efecto. Pero los análisis no fueron capaces de aclarar qué características de las intervenciones estaban vinculadas con la eficacia. Para el punto 2, se incluyó 28 estudios que revelan que las actitudes de los educadores en las intervenciones variaron en positividad. La mayoría de las intervenciones fueron calificadas positiva o neutra a través de diferentes estudios. La única intervención que registra sistemáticamente las actitudes positivas de los educadores era las libretas de calificaciones diarias. Para el punto 3, 33 estudios cumplieron los criterios de inclusión. Las principales conclusiones incluyeron tensiones sobre el formato preferido de las intervenciones, en particular cómo fueron las intervenciones estructuradas y si se adaptan al niño con TDAH. Hubo diferentes opiniones sobre el impacto de las intervenciones, aunque estaba claro que las intervenciones influyen y están influenciadas por las relaciones con los niños con TDAH y particularmente, las actitudes de los participantes hacia la escuela y el TDAH. Para el punto 4, 34 estudios cumplieron los criterios de inclusión. Las principales conclusiones fueron la importancia de las atribuciones causales que los maestros, padres y alumnos hacen sobre los síntomas del TDAH, las decisiones de los profesores hicieron sobre el tratamiento, las auto percepciones de los alumnos acerca de sí mismos, el

papel del ambiente en el aula y el estigma en el agravamiento de los síntomas del TDAH, y la barrera significativa para el tratamiento planteado por la presencia común de conflictos en las relaciones entre los alumnos-maestros, padres-profesores y alumnos-compañeros en relación con el TDAH. Una síntesis general de las cuatro revisiones destacó la importancia del contexto, que afectan a las intervenciones. Sugiere que las posibles áreas de las intervenciones están en las habilidades de psicoeducación en el TDAH y del fomento de habilidades en las relaciones sociales.

## LIMITACIONES:

La amplitud de las dos intervenciones y los resultados en los estudios revisados presenta un desafío para la categorización, análisis e interpretación de opiniones en las revisiones 1-3. Se han llevado a cabo relativamente pocos estudios en el Reino Unido sobre este tema, lo que limita la aplicabilidad de los resultados a la educación del Reino Unido. En las revisiones 1 y 2, la mala calidad metodológica de algunos estudios incluidos fue identificada como una barrera para establecer la eficacia o la comparación de las actitudes. En la revisión 3, el análisis descriptivo utilizado por la mayoría de los estudios limitan una teorización en la síntesis. Los estudios en el punto 4 carecían





## Funcionamiento familiar y vinculación de los padres en adultos diagnosticados con TDAH

MONTEJO JE, DURÁN M, DEL MAR MARTÍNEZ M, HILARI A, RONCALLI N, VILAREGUT A, CORRALES M, NOGUEIRA M, CASAS M, LINARES JL, RAMOS-QUIROGA JA.

J Atten Disord. 2015 Aug 24. pii: 1087054715596578.

 <http://jad.sagepub.com/content/early/2015/08/24/1087054715596578.abstract>

de detalles sobre temas importantes como el género, la madurez del alumno y nivel escolar.

### CONCLUSIÓN:

Los resultados sugieren algunos efectos beneficiosos en las intervenciones no farmacológicas para el TDAH que se utilizan en las escuelas, pero se observó en todos los estudios una heterogeneidad en el efecto de las intervenciones. Las revisiones cualitativas demuestran la importancia del contexto en el que se utilizan las intervenciones. El trabajo futuro debe considerar una evaluación más rigurosa de las intervenciones, así como centrarse en lo que funciona, para quién y en qué contextos. Las lagunas en investigación actuales presentan oportunidades para el desarrollo y testeo de herramientas estandarizadas para describir las intervenciones, un acuerdo sobre patrones de medidas de resultado que evalúen el comportamiento de TDAH y probar una gama de posibles moderadores junto con ensayos de intervención.

### OBJETIVO:

Este trabajo evalúa el funcionamiento familiar, la vinculación de los padres, y la relación entre los dos en adultos diagnosticados con TDAH.

### MÉTODO:

El estudio utilizó un diseño retrospectivo, ex post facto que consistió en 100 participantes adultos, distribuidos en dos grupos: con y sin diagnóstico de TDAH. Se aplicaron dos instrumentos de evaluación de la familia: la familia de Adaptabilidad y Cohesión Escala de Evaluación corta versión española (FACES-20esp) y el Parental Bonding Instrument (PBI). El diagnóstico de TDAH se realizó mediante el uso de una entrevista semiestructurada para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª ed.; DSM-IV) Criterios ('Entrevista Conners para el diagnóstico de TDAH en adultos para el DSM-IV [CAADID]).

### RESULTADOS:

Los resultados mostraron que el aumento de la rigidez y una conexión emocional más baja se asociaron significativamente con el funcionamiento familiar en el TDAH. En cuanto a la vinculación de los padres, los resultados mostraron diferencias significativas sólo en la dimensión del cuidado, con el grupo de TDAH

informando un cuidado más bajo que el del grupo control.

### CONCLUSIONES:

Los resultados sugieren que las familias con TDAH presentan un funcionamiento familiar disfuncional con una tipología separada y rígida, y donde la vinculación de los padres está basada en el control sin afecto.

# Hasta un tercio de los niños con TDAH son diagnosticados antes de los seis años

<http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr081.pdf>

19

Un Nuevo informe sobre el TDAH elaborado en los EE.UU ha revelado que hasta un tercio de los niños diagnosticados, lo son antes de los seis años y que, en casi cada caso, un profesional de la salud evalúa con los padres la conducta del niño. En los EE.UU se calcula que hasta un 11% de los niños en edad escolar han sido diagnosticados de presentar el trastorno. Este número se ha incrementado un 43% desde el periodo 2002-2003 al 2012-2013. Este Informe del Centro de Control y Prevención de Enfermedades usa los datos aportados por el Informe de Diagnóstico y tratamiento de TDAH y Tourette del 2014 (NS-DATA).

Para este Informe se obtuvo información de los padres de niños que previamente habían sido diagnosticados de TDAH o Tourette. Se preguntó a los padres sobre qué síntomas les preocuparon, qué información buscaron cuando estas conductas fueron preocupantes y quién se preocupó antes, ya que las recomendaciones de la Academia de Pediatría (AAP) sugieren que la información para el diagnóstico

ha de proceder de algún padre, maestro o adulto cuidador del niño.

Se encontró que las primeras personas que se preocuparon por la conducta del niño fueron miembros de la familia, a menudo los padres, aunque en un tercio de los casos fue un educador del centro escolar o adulto que cuidaba al niño quien manifestó preocupación. En casi todos los casos, un experto en salud comentó con estos síntomas con los padres y en un 81% de los casos otro adulto intervino en el proceso diagnóstico. Aproximadamente la mitad de los diagnósticos fueron llevados a cabo por profesionales de atención primaria, en general pediatras, aunque psiquiatras, neurólogos y psicólogos intervinieron en otros procesos.



### HECHOS SOBRE EL TDAH

**La edad promedio de diagnóstico es a los 7 años**

**Aproximadamente la mitad de los preescolares con TDAH toma medicación para el trastorno**

**Los niños con TDAH presentan hasta tres veces más dificultades con sus compañeros que otros sin el trastorno**

El Estudio también indica que los médicos utilizaron los métodos estándar de proceso diagnóstico en la mayoría de los casos, hasta en el 90% de los casos se utilizaron las Escalas de comportamiento para evaluar su condición y se incorporó información de otros adultos fuera de la familia para su proceso. Según comentó la directora del Estudio, la Dr. Susanna Visser, que afirmó en su mayoría están usando las recomendaciones en el proceso diagnóstico. Sin embargo, hasta uno de cada 5 niños fue evaluado con solo la información de los padres, algo que hay que mejorar.

El Estudio muestra que hay pocos instrumentos válidos para el diagnóstico en edades inferiores a los 6 años, y que los que fueron diagnosticados por psiquiatras tenían edades más tempranas de los 6 años. Por el contrario, los psicólogos diag-

nosticaron a niños en edades por encima de los 6 años. Hay inquietud en que hay pocos instrumentos apropiados para el diagnóstico en estas edades y que quizás no se toma en cuenta toda la información que haría falta.

×



# Día a día en fundación ADANA

23

## FUNDACIÓN ADANA ESTRENA SU NUEVA WEB DE FORMACIÓN

AdanaTraining, el espacio web de formación de la fundación, tiene nueva imagen. Entra y sorpréndete con la variedad de cursos que te ofrecemos.

Más información: [www.adanatraining.org](http://www.adanatraining.org)



## CELEBRACIÓN DE LA VI SEMANA EUROPEA DEL TDAH Y PETICIÓN DEL DÍA MUNDIAL PARA EL TDAH

Una vez más la FEAADAH, miembro de la organización europea ADHD-Europe, ha celebrado en la semana del 11 al 18 de octubre la celebración de la Semana de Sensibilización Europea sobre el TDAH, para informar a la población en general sobre este trastorno y las consecuencias cuando no es diagnosticado y tratado adecuadamente. Con motivo de esta celebración, las asociaciones de ayuda a los afectados han advertido del peligro de las especulaciones, que llevan a la estigmatización y obstaculización del derecho a un diagnóstico temprano. FEAADAH aseguró que especular en torno a esta enfermedad lleva a obviar o manipular el importante conocimiento científico acumulado sobre TDAH en la comunidad científica internacional desde hace ya más de un siglo. La FEAADAH es una de las impulsoras de la Semana de Sensibilización para que se conozca la que define Fulgencio Madrid, presidente de la federación, como "la enfermedad mental más famosa pero menos conocida".

En este marco de la Semana Europea del TDAH, el 15 de octubre La Subdirectora General de Calidad y Cohesión, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad recibió a la FEAADAH para recibir formalmente la Petición a la OMS para la declaración de un Día Mundial del TDAH y tramitar esta demanda

en la próxima reunión de la Asamblea General de la OMS. FEAADAH ha sido la organización responsable de esta campaña a nivel mundial e Isabel Rubió, presidenta de Fundación Adana la coordinadora de dicha iniciativa. A partir de ahora y siguiendo el protocolo de la OMS, será el Gobierno de España el responsable de presentar la solicitud de un día que contribuya a la sensibilización mundial sobre el TDAH.

Más info: <http://feadah.org/es/difusion/258>



## JORNADA ANUAL DE FUNDACIÓN ADANA

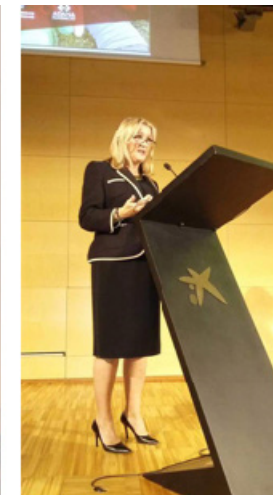
Bajo el título: TDAH; Más allá de la infancia, tuvo lugar en Barcelona el pasado 23 de octubre, la jornada que cada año desde Adana se ofrece a profesionales y familias.

La Jornada se celebró en el Auditorio del CosmoCaixa, Barcelona con un aforo total de 143 asistentes. Entre ellos, contábamos en gran parte con profesionales del ámbito de la salud como psicólogos, médicos, psiquiatras y pediatras, así como padres, familias y miembros de asociaciones de TDAH.

Al finalizar la Jornada, los asistentes cumplieron un cuestionario de satisfacción, en

el que se valoraban la exposición y contenidos presentados por los ponentes así como aspectos más organizativos. En general los asistentes valoraron muy positivamente la jornada, ya que les aportó información novedosa e interesante sobre la evolución del trastorno (la puntuación media en cuanto a las presentaciones de los ponentes es de 8 y en cuanto a la organización del evento es de 7,5).

Desde Adana queremos expresar nuestro agradecimiento a las entidades que han colaborado: Rubió, Lilly, Shire, Ordesa, Ajuntament de Barcelona y Fundació La Caixa.





### OUTLET NAVIDEÑO: “NINGÚN NIÑO SIN TRATAMIENTO”

Anualmente Fundación ADANA ofrece becas para aquellas familias que no disponen de los recursos suficientes para que su hijo pueda recibir el tratamiento adecuado, en la actualidad nos estamos encontrando que el número de demandas ha aumentado considerablemente y nos vemos con la necesidad de buscar financiación para poder dar respuesta a todas las peticiones que nos llegan.

Es por este motivo que la Fundación está organizando para los días 25, 26 y 27 de noviembre el segundo ADANA MARKET con un gran número de marcas que nos han donado su producto y donde seguro encontrarás buenas oportunidades para tus regalos de Navidad.

Nos encontrarás en Avenida Tibidabo, 15 de Barcelona de 10 a 20 horas ¡Te esperamos!