

## EL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Dra Eva Escribano Ceruelo  
Pediatra CS Barcelona (Móstoles)

En los últimos años existe una demanda creciente de niños con problemas de comportamiento, en los que se plantean importantes problemas familiares, escolares y del aprendizaje. La sociedad actual sin límites claros, y demasiado atareada, plantea dificultades para atender a los niños inquietos, no tolera bien los fracasos y estamos asistiendo a un incremento de los diagnósticos de este síndrome: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA-H). Sin dudar de su existencia e incluso de que actualmente está infradiagnosticado e infratratado en Atención Primaria (AP), el encontrar un punto intermedio que nos permita en primer lugar, detectar los casos de riesgo en un estadio precoz así como establecer un correcto diagnóstico "a tiempo" que permita el acceso a un tratamiento, que se ha demostrado eficaz, no es una tarea fácil.

Es necesario hacer un esfuerzo por detectar de forma precoz a los niños con TDA-H pero este esfuerzo, ha de conllevar una mayor conexión entre educación-salud mental y pediatras-neurólogos. La asistencia integral a los niños con hiperactividad es insuficiente.

### Etiología

El debate científico enfrenta a los autores europeos fundamentalmente frente a los anglosajones, a los que acusan de un interesado mecenazgo de la industria farmacéutica y de los medios, con su extraordinario poder económico, defendiendo una etiología no solo biológica, sino psicopatológica, familiar y psicoeducativa. Si bien, las nuevas tecnologías de neuroimagen demuestran que se trata de una enfermedad biológica y no conductual, con los hallazgos de alteraciones en la corteza cerebral, y con un origen genético en cerca de un 80% de los casos, en el que varios genes de vulnerabilidad se han identificado - un polimorfismo en el receptor dopaminérgico 4 y 5, y en el transporte de la neurona presináptica.

### Diagnóstico

En la actualidad se utilizan dos clasificaciones diagnósticas internacionalmente aceptadas:

1. La Asociación Americana de Psiquiatría, en su cuarta edición del libro Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) incluye el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), y admite 3 subtipos: 1)TDAH "combinado", 2)"con predominio del déficit de atención" (llamados inatentos o disatencionales) y 3)"con predominio hiperactivo-impulsivo". Los criterios diagnósticos se describen en la tabla I, y son válidos en el rango de edad de 6 a 12 años.
2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial de Médicos de Familia (en inglés WONCA).La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, de 1992), los incluye como Trastornos Hiperkinéticos (TH). Sólo pueden ser clasificados como tales los niños con hiperactividad, impulsividad e inatención. En AP se emplea la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP-2) es la aplicación de la CIE en Atención Primaria. Los criterios de la CIE-10 son menos estrictos respecto al número de síntomas necesarios pero más estrictos en cuanto a la disfunción /ubicidad.

**Tabla I.- Criterios diagnósticos DSM-IV .**

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL MANUAL DSM-IV DEL TDA-H	
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆TDA-H global o combinado: presencia de 6 síntomas de cada una de las dos listas:</li> <li>◆Déficit de atención aislado: 6 o más ítems de la lista 1, &lt; 6 ítems lista 2</li> <li>◆Hiperactividad aislada: &lt; 6 ítems lista 1, &gt; 6 ítems lista 2</li> <li>◆Algunos de los síntomas han comenzado antes de los 7 años</li> <li>◆Los síntomas se presentan al menos en dos ambientes. Por ejemplo en casa y en el colegio.</li> <li>◆Está afectada la actividad social y académica</li> <li>◆Se descarta la existencia de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otra entidad que justifique la sintomatología</li> </ul>	
<b>Lista 1: Déficit de atención</b>	<b>Lista 2: Hiperactividad e impulsividad</b>
<p><b>No presta atención a los detalles y comete errores en las tareas escolares y otras actividades por descuido</b></p> <p>Tiene dificultad para mantener la atención en las tareas y en los juegos</p> <p><b>No parece escuchar cuando se le habla directamente</b></p> <p>No sigue instrucciones y no finaliza las tareas</p> <p>Tiene dificultades para organizar tareas y actividades</p> <p>Evita, le disgusta desempeñar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido</p> <p>Extravía objetos necesarios para el colegio y para jugar</p> <p>Se distrae con estímulos irrelevantes</p> <p>Es descuidado en las actividades diarias</p>	<p>Se mueve frecuentemente en el asiento</p> <p>Le cuesta permanecer sentado y se levanta muchas veces en clase y en casa</p> <p>Corre y salta en circunstancias inapropiadas</p> <p>No juega con tranquilidad</p> <p>Parece un “motor en marcha”</p> <p>Habla en exceso</p> <p>Contesta antes de terminar de oír la pregunta</p> <p>No guarda turno</p> <p>Interrumpe y se entromete en las actividades de los demás</p>

La prevalencia es variable, como lo son la evaluación diagnóstica y otros aspectos metodológicos, las escalas de cuantificación de síntomas a través de cuestionarios subjetivos, la edad, el sexo, la confusión según el nivel sociocultural, la raza y otras variables socioculturales diversas. Se acepta que siguiendo criterios DMS-IV estaría en torno al 5% de los escolares y con CIE-10 en torno al 2%. Trabajos españoles basados en criterios DSM-III-R o IV obtienen prevalencias del 4 al 10%. El tipo combinado sería el más frecuente (50-75%), seguido por el de predominio hiperactivo-impulsivo (20-30%) y el de predominio de déficit de atención (15%). Los dos primeros son 3 o 4 veces más frecuentes en varones, mientras el tercero muestra pocas diferencias entre sexos.

Actualmente el grupo de trabajo sobre TDAH de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria aconseja seguir los criterios DSM-IV-TR.

Proceso diagnóstico en pediatría de atención primaria

La sospecha se establece ante un comportamiento sugerente, la mayoría de los padres de niños con TDAH no consultan al pediatra de Atención Primaria, porque no creen que sea un profesional al que poder consultar problemas de comportamiento o de rendimiento escolar. Cada vez es más frecuente, y creo que es lo más recomendable, la derivación desde la escuela. El grupo de trabajo sobre TDAH de la AEPap aconseja la búsqueda sistemática entre los 6 y 8 años. Propone este rango de edad porque a menor edad, hay más incertidumbre diagnóstica, y porque, por el momento, no se admite el tratamiento médico en menores de 6 años, salvo en casos excepcionales.

Sin embargo, los escasos estudios de prevalencia en España hablan de un retraso diagnóstico de unos 4 años, sabiendo que la intervención tardía empeora el pronóstico. Es por ello por lo que el cribado de los síntomas, bajo mi punto de vista, se debe realizar ya a la edad de los 2 a 3 años dentro de la evaluación sistemática del desarrollo psicomotor del programa del niño.

Para el cribado se podrían utilizar cuestionarios para padres y profesores, pero su extensión y complejidad, los hacen poco prácticos en consultas sobrecargadas. Por ello, el grupo de trabajo sobre TDAH propone utilizar el cuestionario de 5 preguntas recomendado por la Academia Americana de Pediatría para niños en edad escolar (6 a 12 años) (tabla II) a realizar por el pediatra o profesional de enfermería entrenado. Si la respuesta a cualquiera de ellas es sugestiva, se debería tener una entrevista con los padres e iniciar el proceso diagnóstico.

La observación del comportamiento del niño en la consulta es poco fiable, la inhibición por el ambiente y el poco tiempo que habitualmente dura una consulta pediátrica hace que muchos niños con TDAH combinado o de predominio hiperactivo-impulsivo se comporten bien, y también se comportan bien todos aquellos con déficit predominante de atención. Por contra, algunos niños pequeños pueden tener un comportamiento que sugiere falsamente TDAH por miedo o ansiedad.

Tabla II.- Cuestionario para la detección del TDAH en escolares\*

¿Cómo es su rendimiento escolar?  
¿Su profesor ha detectado que tiene problemas de aprendizaje ?  
¿Es feliz en el colegio?  
¿Tiene algún problema de conducta en el colegio, en casa, o cuando juega con sus amigos?  
¿Tiene problemas para completar sus tareas escolares o sus deberes?

\*Traducido de: American Academy of Pediatrics. Committee on quality improvement and subcommittee on attention-deficit/hyperactivity disorder. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2000;105:1158-1170 (disponible en <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/5/1158>)

Establecida la sospecha diagnóstica, el pediatra puede elegir derivar dependiendo de la severidad de los síntomas, de su experiencia y del tiempo disponible en consulta. La derivación a atención especializada no siempre es necesaria, ni siempre garantiza un estudio y tratamiento correctos.

El pediatra debe ofrecer a los padres la posibilidad de mantener una entrevista, a ser posible con ambos a la vez. La presencia del niño en esta primera entrevista puede ser perjudicial. El niño idealmente debe ser evaluado posteriormente junto a sus padres y antes de comenzar el tratamiento, para explicarle personalmente en qué consistirá el tratamiento y el motivo del mismo, y para completar datos exploratorios que puedan faltar. Los niños mayores y adolescentes pueden pasar solos a la consulta donde manifestarán sus miedos y dudas.

La primera parte de la entrevista debe limitarse a escuchar. La mayoría de la información irá surgiendo con poca intervención del pediatra. Es aconsejable sin embargo disponer de un modelo sistemático de historia que evalúe los siguientes aspectos:

- Edad, profesión del padre y madre, número de hermanos y lugar que ocupa, teléfono de contacto, otros convivientes
- Antecedentes familiares: Síntomas sugerentes de TDAH en padres y hermanos, enfermedades mentales en padres (depresión, trastorno bipolar, ansiedad), problemas de relación entre los padres.
- Antecedentes personales: Alcohol, tabaco u otras drogas en el embarazo. Peso al nacer y edad de gestación. Enfermedades neurológicas que pueden haber dejado secuelas (sufrimiento fetal, traumatismo craneoencefálico, meningitis).
- Desarrollo del lenguaje: ¿Ha sido normal o lento?
- Desarrollo motor: ¿Cuándo comenzó a andar?, ¿es torpe corriendo?, ¿es torpe manipulando (pintar, dibujar, escribir)?
- Visión y audición: ¿creen que ve y oye bien?
- Comportamiento en casa: ¿Qué notan de raro los padres? ¿cual es el motivo de consulta?, ¿desde cuando?, ¿a que los atribuyen?, ¿cuánto tiempo pasa a diario con los padres?, ¿quien le cuida en su ausencia?, ¿qué tal se llevan los padres y

cuidadores con el niño?, ¿cuáles son sus virtudes? (siempre deben reflexionar sobre los aspectos positivos del niño, no sólo sobre los negativos)

- Comportamiento en la escuela: Nombre del colegio, curso en el que está y si ha repetido algún curso. ¿ha sido evaluado por el equipo psicopedagógico? ¿Se comporta igual en el colegio que en casa?, ¿qué tal sus notas? (especificar en qué materias va mejor y peor), ¿tiene amigos?, ¿le invitan a su casa o a su cumpleaños?, ¿cómo es su colegio? (si es bilingüe, si le ponen muchos deberes) ¿Se integra bien en el colegio? ¿ha cambiado mucho de profesor?, ¿qué tal se lleva con ellos?, ¿Hace alguna actividad extraescolar?.
- Otras preguntas: ¿Tiene tics? ¿hace movimientos o ruidos raros de manera repetitiva?, ¿cuántas horas duerme?, ¿cuántas horas ve la TV? ¿Tiene videoconsola o internet? ¿cuántas horas juega? ¿ronca por las noches?, ¿desayuna bien?, ¿qué le gusta hacer en sus ratos libres?

La duración de la entrevista requiere un mínimo de media hora para establecer una orientación diagnóstica. Si la historia es sugestiva pasaremos a utilizar los criterios del DSM-IV-TR (tabla I) o CIE.

Los cuestionarios o escalas para padres y profesores más usados son los de Conners y, en España, el EDAH (Escala para evaluación del trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), basado en el de Conners, consta de 20 sencillas preguntas, validadas en niños españoles con respecto a los criterios DSM-III y que es el que emplean en el equipo de orientación psicopedagógica (EOP).

Respecto a la exploración del paciente, la mayoría de los niños serán conocidos por el programa de niño. Es preciso enfatizar en valorar dismorfias, aspecto de abandono, impresión de retraso mental, tics, facies adenoidea, impresión de sordera y agudeza visual. También conviene observar la relación padres-hijo, aunque puede no corresponder a la relación que mantienen en casa. Antes de iniciar tratamiento con estimulantes es necesario también tomar la tensión arterial, pesar y tallar.

Ante la sospecha de padecer un TDAH, sería siempre conveniente derivar a un psicólogo-psiquiatra y psicopedagogo experto, si no ha sido evaluado previamente, con el fin de valorar su cociente intelectual si es preciso así como problemas específicos de aprendizaje y sospecha de co-morbilidad.

### Tratamiento

El tratamiento incluye los fármacos y las medidas de apoyo y reeducación. No curan el TDAH, pero pueden mejorar la calidad de vida del niño y de su entorno, y evitar la evolución a otros problemas peores (trastorno del comportamiento, drogadicción).

Por ficha técnica los psicoestimulantes no pueden ser utilizados antes de los 6 años. En España sólo disponemos de metilfenidato, se ha demostrado que los psicoestimulantes son la medida terapéutica más eficaz, pero siempre deben ir acompañados de un tratamiento no farmacológico.

Actualmente disponemos en España de dos preparados comerciales de metilfenidato: Rubifén y Concerta.

Rubifén® es clorhidrato de metilfenidato, de liberación rápida. La concentración plasmática alcanza un máximo entre la primera y segunda hora, y disminuye hasta niveles probablemente ineficaces a las 4 o 5 horas de su administración. Para conseguir la misma eficacia clínica se administra una segunda dosis para producir un segundo pico algo mayor que el primero, ya que metilfenidato presenta taquifilaxia aguda.

Concerta® es hidrocloreuro de metilfenidato. Lleva un 22% de medicamento en la cubierta que se libera de forma rápida, y el resto en dos compartimentos del interior del comprimido. A partir de la primera hora se va liberando gracias a la progresiva expansión de un polímero osmótico. Tras el pico plasmático inicial producido por el 22% de liberación rápida (que alcanza niveles similares a una dosis similar de Rubifén), no se produce caída, sino un aumento progresivo hasta alcanzar un segundo pico mayor que el primero a las 6-8 horas, con una caída a partir de entonces de manera que hay niveles probablemente eficaces hasta pasadas 12 horas. El segundo pico evita la taquifilaxia aguda. La ventaja de Rubifén es la posibilidad de ajustar la dosis al paciente, especialmente en niños pequeños, y su inconveniente es que la adherencia al tratamiento es peor por la necesidad de tomar dos o tres dosis por lo que se precisa su administración en la escuela, con sus inconvenientes y en niños mayores la estigmatización como enfermo. La curva plasmática de Concerta consigue un control durante 12 horas al día,

pero no permite ajustes finos de dosis, puede resultar difícil de tragar al no poderse masticar y es bastante más caro. La eficacia clínica y efectos secundarios son similares utilizando dosis similares (un comprimido de Concerta de 18 mg es comparable a 3 dosis de 5 mg de Rubifén espaciados 4 horas).

Algunas cuestiones a plantear antes de iniciar un tratamiento con los padres son:

1. La medicación es sólo una parte del tratamiento. Su intervención como padres-terapeutas es fundamental y deben colaborar.
2. La medicación puede lograr una mejoría importante de los síntomas nucleares del trastorno. Tiene efectos secundarios, pero casi todos son leves y transitorios.
3. Es un tratamiento crónico, de manera que probablemente se necesite durante muchos años.
4. Es un tratamiento que requiere una evaluación periódica por parte del médico, padres y profesores.

Al niño hay que explicarle lo que se pretende en palabras adecuadas a su edad que tardaremos en establecer una dosis eficaz. Debemos controlar posibles efectos secundarios iniciales, en los días laborables sólo se podrá observar en el colegio, es muy importante implicar a los profesores. Los padres deben avisar al tutor de la fecha de inicio del mismo, para que él y los demás profesores vigilen y comuniquen si notan mejorías y/o efectos secundarios. Se suele comenzar con 5 mg con el desayuno (10 mg en niños de más de unos 30 Kg). En 3 o 4 días se administra una segunda dosis igual que la de la mañana (5 o 10 mg) unas 4 o 5 horas después, en general con las comidas. Si no hay cambios llamativos en 3 o 4 días (lo pueden valorar los padres, previa consulta a los profesores), se suben 5 mg por dosis, y así sucesivamente hasta un máximo de 1 mg por kg al día. Si los padres no manejan bien al niño a última hora de la tarde/noche, o por su edad requiere realizar tareas escolares pasado el efecto de la segunda dosis, se puede añadir una tercera dosis igual o menor que las dos primeras, a las 4-5 horas de la segunda. El primer control suele ser a 2 a 3 semanas, pueden consultar antes si tienen dudas. Posteriormente con el paciente con el paciente estable puede ser cada 2 o 3 meses.

Equivalencia entre Rubifén y Concerta: Concerta de 18 mg equivale a 3 dosis de 5 mg de Rubifén, Concerta de 36 mg a 3 dosis de 10 mg, y Concerta de 54 mg a tres dosis de 15 mg.

La dosis eficaz suele producir cambios evidentes que no pasan desapercibidos a los padres y profesores, los efectos adversos a dosis bajas son raros, leves y transitorios, desaparecen en las primeras semanas, pero pueden reaparecer al subir de dosis. Los más frecuentes son anorexia, (con o sin pérdida de peso), irritabilidad, labilidad emocional, cefalea, y dolor abdominal. Si se emplea una tercera dosis, es frecuente el insomnio. Todos ellos tienden a desaparecer. Los padres deben estar informados de los más frecuentes. Si se producen, según su intensidad y los beneficios obtenidos, hay que sopesar si se mantiene la misma dosis, o si se baja o sube ligeramente, o si se suspende el tratamiento. El metilfenidato de acción corta resulta eficaz en aproximadamente un 70% de los casos (algo más en los que tienen hiperactividad/impulsividad y algo menos en los que tienen predominio del déficit de atención). Un empeoramiento de los síntomas con los estimulantes seguramente se debe a un diagnóstico incorrecto. Establecida la dosis eficaz, los padres nos deben informar de la evolución en la consulta en que se hacen las recetas (puede ser cada 2 o 3 meses). Si hay cambios a peor se puede subir la dosis o revisar el diagnóstico. Según ficha técnica actual de Rubifén "durante tratamientos prolongados se deben realizar periódicamente recuentos sanguíneos completos, diferenciales y de plaquetas".

Los descansos sin medicación y efectos secundarios a largo plazo: La suspensión del metilfenidato durante periodos tiene tres objetivos teóricos:

1. Disminuir los efectos secundarios a largo plazo: Aunque existe una amplísima experiencia práctica que avala su seguridad, no hay estudios controlados a largo plazo. Se ha observado disminución del crecimiento, pero no se sabe con certeza la repercusión sobre la talla final o si la supresión durante periodos la evitaría. Los niños con percentiles bajos de talla deberían ser controlados con atención. A dosis habituales, metilfenidato ni produce dependencia ni favorece la dependencia de otras drogas.
2. Valorar el estado del niño con y sin medicación. Pasados meses de iniciado el tratamiento, los padres suelen tener dudas de si este sigue siendo necesario o no. Puede hacerse una prueba de unos días en vacaciones o en periodo escolar, pero no

al inicio del curso, ni durante exámenes. En ocasiones se comprueba que es mejor no suspenderlo.

Respecto al control a largo plazo, como en todo tratamiento crónico, la adherencia es el factor primordial para el éxito. Todos los niños, especialmente los adolescentes, tendrán periodos en que se muestran más reticentes a tomar “la pastilla”, argumentando que no la necesitan o quizá simulando algún efecto secundario. Pueden llegar a simular que la toman. También quieren dejar la psicoterapia y las clases de apoyo, se pueden pactar descansos.

Una tercera parte se normalizan en la adolescencia, en pacientes con buena evolución se debe probar a suspenderlo sobre los 14 años. No se dispone de suficiente experiencia sobre el uso de metilfenidato en adultos, pero parece que pueden seguir tomándolo, independientemente de su edad.

Próximamente dispondremos en España de atomoxetina: fármaco no estimulante (nombre comercial en otros países: Strattera). Es un inhibidor altamente selectivo de la captación de noradrenalina. Es más eficaz que el placebo y se administra sólo una vez al día, pero no se disponen de suficientes estudios comparativos con metilfenidato.

Respecto al tratamiento no farmacológico debe hacerse en todos sus ambientes: no es sólo cuestión de ir al psicólogo un rato a la semana, intencionadamente hablamos de semana ya que considerando este trastorno es difícil cambio de conducta en revisiones mensuales. Es muy importante que los padres y profesores aprendan técnicas similares a las utilizadas por los psicólogos (Tabla III). Estos niños suelen necesitar apoyo escolar para seguir el ritmo del resto de su clase, lo que se traduce en mayor dedicación de sus profesores, clases de apoyo en horario escolar y clases extraescolares.

Aunque el tratamiento con estimulantes y el resto de las medidas mejoran el comportamiento y rendimiento escolar, hay que hacer comprender a los padres que deben moderar sus expectativas. Hay que anteponer la convivencia feliz al éxito académico.

#### Tabla III.- Consejos para padres y profesores

Reconocer que existe un problema y la necesidad de un tratamiento especial, que incluye que los padres y profesores aprendan cómo tratar al niño

Dedicar un tiempo específico al niño a diario, en casa, relajadamente, sin interferencias, alternando padre y madre, jugando a lo que él quiera (siempre que sea razonable). Durante este tiempo se evita toda disputa y no se le reprende ni se le recuerdan conductas previas inadecuadas, ni se le da una “moralina” (“si siempre te portaras como ahora...”). Se trata de que el niño perciba que se le quiere (y los padres también).

Poner normas y límites claros (sin discordancias entre ambos padres)

Dar las instrucciones por separado, no muchas a la vez. Asegurarse de que el niño nos atiende y comprende lo que le pedimos.

Tener una agenda para anotar los deberes escolares del día o cosas importantes  
Procurar tener actividades y horarios rutinarios. No cambiar de rutinas con frecuencia

Evitar en lo posible actividades que son motivo frecuente de problemas (televisión, compras en supermercados). Incrementar aquellas en las que el niño se encuentre feliz.

No hacer caso a las conductas inadecuadas pero poco importantes

Una conducta inadecuada importante debe reprenderse sin violencia: lo que ha hecho nos disgusta, nos hace sentir mal a los padres, no está bien (pero nunca es malo el niño, sino lo que hizo)

Si se considera necesario un castigo, debe ser proporcionado e inmediato (por ejemplo que reflexione durante un tiempo de exclusión de la actividad, o tiempo-fuera).

Una tarea mal hecha puede repetirse con argumentos tipo “puedes hacerlo mejor”, o “vamos repetirlo, yo te ayudo”, pero nunca “está fatal”, o “eres un inútil”.

Negociar pequeñas metas (se pueden usar puntualmente, para conseguir metas concretas, sistemas de puntos positivos o negativos, que el niño puede apuntar en la agenda, con pequeños premios que nunca serán compras o dinero)

Demostrar que se aprecian las conductas adecuadas y los logros, por pequeños que sean

## ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN QUE SE HAN DEMOSTRADO EFICACES

ACTIVIDAD	NIVEL EVIDENCIA	FUERZA RECOMENDACIÓN
Los médicos de Atención Primaria deben establecer programas de detección y tratamiento del TDA-H como cualquier enfermedad crónica	Buena	Fuerte
El tratamiento específico y por objetivos del niño y sus padres en colaboración con la escuela	Buena	Fuerte
Los clínicos deben recomendar medicación estimulante y/o terapia de conducta para mejorar los resultados	Buena Aceptable	Fuerte
Cuando los resultados del tratamiento no son los esperados, se debe replantear el diagnóstico inicial, la adherencia al tratamiento, su uso adecuado o la existencia de comorbilidades	Débil	Fuerte

Otras líneas de investigación que aun no están validadas:

- Efectividad y seguridad del tratamiento con estimulantes en TDA-H en situaciones comorbidas
- La historia natural de la enfermedad con o sin tratamiento: seguimiento a largo plazo.
- Los métodos ideales en el asesoramiento clínico de los tratamientos para los médicos de AP.
- Estudios de coste-efectividad.
- La intervención precoz: detección de problemas psicosociales y su abordaje, reduce la evolución a TDA-H.

## Bibliografía

2. American Academy of Pediatrics. Committee on quality improvement and subcommittee on attention-deficit/hyperactivity disorder. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2000;105:1158-1170 (disponible en <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/5/1158>)
3. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on attention-deficit/hyperactivity disorder and committee on quality improvement. Clinical practice guideline: treatment of school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001;108:1033-1044 (disponible en <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/108/4/1033>)
4. Síndrome de perturbación de atención/hiperactividad. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*, McGraw-Hill Interamericana, México, 1999.
5. Keen DV. ADHA and the paediatrician: a guide to management. *Current Pediatrics* 2005;15:133-142.
6. El pediatra de atención primaria en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Planteamiento tras un estudio de población. García-Jimenez MC *Rev Neurol* 2005;41(2):75-80.
7. Rappley MD. Attention deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med* 2005; 352:165-173.

## Libros de divulgación útiles para padres, educadores y profesionales

1. Soutullo C. Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2004.
2. Orjales I. Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. CEPE, S.L., Madrid, 1998.
3. Mardomingo M<sup>a</sup>Jesús. Psiquiatría para padres y educadores. Editorial Narcea, 2003