

ARTÍCULO ORIGINAL**Tratamiento multimodal en trastornos por déficit de atención, con o sin hiperactividad. Una proyección desde la Atención Primaria de Salud****Multimodal treatment in attention deficit disorders, with or without hyperactivity. A projection from the Primary Health Care**

Lic. Daniel Chaviano Conesa¹, Dra. Cándida Eulania Borges Machín², Dra. Dayamis Maldonado Gan³

¹ Licenciado en Medicina Física y Rehabilitación. Máster en Medicina Bioenergética. Asistente. Policlínico Universitario "Dr. Rudesindo A. García del Rijo". Sancti Spíritus. Cuba

² Especialista de I Grado en Psiquiatría Infantil. Asistente. Policlínico Universitario "Dr. Rudesindo A. García del Rijo". Sancti Spíritus. Cuba

³ Especialista de I Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Máster en Atención a Niños con Discapacidad. Asistente. Hospital Pediátrico Docente "Pedro Agustín Pérez". Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Introducción: Los trastornos por déficit de atención se manifiestan, por lo general con diferentes conductas: agresividad, impulsividad, desobediencia, inquietud, falta de concentración y, en ocasiones, bajo rendimiento escolar, entre otros. Todas ellas pueden agruparse en el denominado trastorno por déficit de la atención con hiperactividad o sin ella (TDAH), que a la vez, puede coexistir con otras entidades afines.

Objetivo: Demostrar la eficacia del tratamiento multimodal en el comportamiento clínico de escolares portadores de TDAH. **Método:** Se realiza un estudio de corte transversal para el pesquaje de los TDAH en la Escuela Primaria "Fructuoso Rodríguez" en los grados: primero, segundo y tercero, previo consentimiento informado de padres o tutores, personal docente y conocimiento del mismo a los estudiantes, durante el período comprendido desde septiembre de 2008 hasta junio de 2010. **Resultados:** El tratamiento fue personalizado, teniendo en cuenta la clínica del paciente y características del personal en el accionar

comunitario, el cual recibió cursos y talleres. Las manifestaciones neurobiológicas se analizaron en todos los pacientes de la muestra, analizando su evolución por un período de dos años. **Conclusiones:** Con el tratamiento multimodal se logró una evolución catalogada de Buena, se mostró predominio de antecedentes patológicos evolutivos, inconsistencia en el manejo familiar y un elevado por ciento de padres con el mismo trastorno.

Palabras clave: trastorno por déficit de la atención con hiperactividad o sin ella, tratamiento multimodal, manifestaciones neurobiológicas

ABSTRACT

Introduction: Attention deficit disorders are manifested, usually with different behaviors: aggressiveness, impulsivity, disobedience, restlessness, lack of concentration sometimes underachievement, among others. All of them can be grouped together in the so-called attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), which can coexist with other related entities. **Objective:** To demonstrate the effectiveness of multimodal treatment in the clinical behavior of students with ADHD. **Method:** A cross-sectional study was carried out to investigate ADHD in the "Fructuoso Rodríguez" Elementary School in the first, second and third grades, with the prior informed consent of parents or guardians, teachers and student knowledge, during the period from September 2008 to June 2010. **Results:** The treatment was personalized, taking into account the patient's clinic and staff characteristics in the community action, which received courses and workshops. The neurobiological manifestations were analyzed in all the patients of the sample, analyzing their evolution for a period of two years. **Conclusions:** With the multimodal treatment a good evolution was achieved, a predominance of evolutionary pathological antecedents, inconsistency in the family management and a high percentage of parents with the same disorder.

Keywords: attention deficit disorder with or without hyperactivity; multimodal treatment; neurobiological manifestations

INTRODUCCIÓN

En 1902, Still, describe por primera vez el cuadro clínico de niños con actividad motora excesiva y pobre control de impulsos, recibiendo diferentes denominaciones nosológicas, tales como: "defectos en el control moral", "niños anormales y delincuentes juveniles", "daño cerebral mínimo". Hoy día, luego del avance sobre su conocimiento, es denominada: síndrome por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).^{1,2}

Los más recientes avances en el diagnóstico de Neurociencia explican las bases biológicas de este trastorno estando implicados con mayor frecuencia el cerebelo en su posición posteroinferior del vermis, alteraciones en el volumen total del cerebelo y del hemisferio derecho del cerebro, el núcleo caudado derecho y varias regiones frontales¹⁻⁵, existiendo, además, anormalidades en las regiones frontosubcorticales que dan al traste con el buen desempeño de la función ejecutiva.^{5,6}

Dada las complicaciones de esta entidad se hace necesario un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno para evitar se presenten las mismas, las cuales repercuten negativamente en el individuo, la familia y la sociedad, ya que dentro de las más frecuentes se encuentran los trastornos de conducta, de personalidad, disociales, antisociales, depresivos y drogadicciones, comenzando generalmente en la adolescencia con drogas legales, para luego comenzar a utilizar las ilegales.^{6,7}

Este trastorno se hace evidente desde edades tempranas de la vida, antes de los 7 años, persistiendo el mismo por tratarse de una patología crónica.⁴⁻⁷

El tratamiento farmacológico desde sus inicios ha sido con anfetaminas; el Metilfenidato es la droga más ampliamente utilizada.^{8,9} En 1999 comienza el uso de antidepresivos tricíclicos, sin tenerse en cuenta un manejo integral donde su pronóstico depende de un tratamiento multimodal con una visión desde la Atención Primaria de Salud.^{9,10-14}

La presente investigación tiene como objetivo, demostrar la eficacia del tratamiento multimodal en el comportamiento clínico de escolares portadores de TDAH desde la Atención Primaria de Salud.

MÉTODO

Se realiza un estudio para el pesquisaje de los TDAH en la Escuela Primaria "Fructuoso Rodríguez" en los grados: primero, segundo y tercero, previo consentimiento informado de padres o tutores, personal docente y conocimiento del mismo a los estudiantes, durante el período comprendido de septiembre de 2008 hasta junio de 2010.

El universo de estudio lo conforma un total de 280 alumnos estudiados, 63 (17.6 %) presentaron trastornos del aprendizaje y de estos, 32 (8.9 %), eran portadores de TDAH.

Dentro de las variables a analizar, se encuentran: los antecedentes evolutivos personales de familiares y padres, el sexo, nivel de conocimiento de los padres y profesores sobre TDAH y evolución del tratamiento.

Primeramente, se confeccionaron dos cuestionarios (uno para padres y otro para profesores), con seis preguntas para explorar conocimiento sobre características generales del trastorno y seis que exploran conocimiento sobre manejo de los síntomas fundamentales, según cada caso.

Los mismos se aplicaron en otros padres y profesores al azar para verificar la comprensión del mismo. Para medir los resultados se otorgó puntos por cada respuesta correcta y al final se hizo un puntaje total de las mismas para las primeras preguntas y el mismo procedimiento para las últimas preguntas.

Se diseñó y se llevó a cabo el tratamiento multimodal y, al final, se aplicó nuevamente el mismo cuestionario para lograr los objetivos propuestos. Para evaluar la eficacia del tratamiento de forma estadística, se calculó el coeficiente de variación (CV), donde se considera que la intervención es eficaz, si el resultado del CV es de un 70 % ó más, cuya fórmula es la siguiente⁹ $CV = VI - VF \times 100$.

A cada paciente se le realizó:

- Historia social psiquiátrica.
- Entrevista psiquiátrica.
- Estudio psicológico a los niños de 6 a 9 años de edad.
- Entrevista y evolución psicológica donde se incluye el Test de Atención (Tachado de letras R. H. Crespo, cuestionario de Conner).
- Caracterización psicopedagógica.

- Trabajo social a la escuela y el CDR.
- Entrevista familiar y/o a familiares.
- Terapias de grupos.

Se utiliza como medida de resumen, el número y porcentaje y se expresan los datos en tablas y gráficos para su mejor comprensión.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Según la combinación de los resultados en la fuente de información, se pudo comprobar que de los 63 alumnos que presentaron trastornos del aprendizaje (Tabla 1), 32, eran portadores de TDAH y, de estos, se corresponden 23 al sexo masculino; coincidiendo estos resultados con la literatura revisada.^{6,11,13}

Tabla 1. Sexo

| Sexo | No. | % |
|-----------|-----|-------|
| Masculino | 23 | 71.9 |
| Femenino | 9 | 28.1 |
| Total | 32 | 100.0 |

Se encontraron antecedente evolutivos personales de daño prenatal (Tabla 2) en 29 pacientes, de ellos, 21, se corresponden con el sexo masculino, siguiéndole en el orden consecutivo los perinatales en 23 casos (17 varones). Diversos autores hacen referencia a estos aspectos lo cual coincide con nuestros resultados.^{14,15}

Tabla. 2. Antecedentes evolutivos personales en familiares

| Antecedente | Masculino | | Femenino | | Total | |
|------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Prenatales | 21 | 63.0 | 8 | 25.6 | 29 | 92.8 |
| Perinatales | 17 | 39.1 | 6 | 19.2 | 23 | 73.6 |
| Postnatales | 6 | 19.2 | 3 | 9.6 | 9 | 28.8 |
| Sin antecedentes | - | - | 3 | 9.6 | 3 | 9.6 |

Estudios realizados en nuestro medio hacen referencia a los antecedentes en padres, importante aspecto para el diagnóstico de esta entidad⁸, por lo que debe de tenerse en cuenta al diagnosticar al niño las características de la familia para poder realizar el tratamiento personificado. En el mayor porcentaje existieron antecedentes de trastornos por déficit de atención en los padres (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Antecedentes de TDAH en los padres

| Antecedente | No. | % |
|-------------|-----|------|
| Si | 41 | 83.7 |
| No | 8 | 16.3 |
| Total | 49 | 100 |

Fuente: encuesta del estudio. (n=32)

Existe manejo familiar inadecuado de inconsistencia en el 100 % de los pacientes, siguiéndole en orden consecutivos los conflictos generados fundamentalmente por la conducta de estos niños y el medio disfuncional en el cual conviven, llamándonos la atención que en los 16 pacientes existe rechazo por parte de sus padres o tutores.

El manejo familiar se comportó según lo descrito por los autores que hacen alusión a esta temática ya que dada la clínica de estos pacientes se hace muy difícil su manejo si no existe una orientación adecuada.^{9,10} (Tabla 4)

Tabla 4. Manejo familiar inadecuado

| Manejo familiar | No. | % |
|--------------------|-----|-------|
| Inconsistencia | 32 | 100.0 |
| Conflictos | 21 | 65.6 |
| Rechazo encubierto | 11 | 35.2 |
| Rechazo abierto | 5 | 16.0 |

Como se describe en la Tabla 5, se capacitó el personal propuesto en cursos y talleres, de estos asistieron el 100 % del personal docente y escuelas de padres, el 90 % de profesionales de la salud (los que incluyó el Grupo Básico de Trabajo y Equipo de Salud Mental). Estos crearon, a su vez, promotores de salud con el apoyo de la casa comunitaria del Consejo Popular No. 1 del municipio, donde asistían

estos alumnos con los padres o tutores realizándose actividades educativas con el apoyo del equipo de salud mental.

Tabla 5. Capacitación

| Capacitación | No. | % |
|---------------------------------|-----|-------|
| Maestro | 18 | 100.0 |
| Profesional de Salud Pública | 27 | 90.0 |
| Auxiliar pedagógica | 4 | 100.0 |
| Personal de Dirección | 4 | 100.0 |
| Personal de la Casa Comunitaria | 8 | 66.6 |
| Escuela de Padres | 21 | 100.0 |
| Total | 82 | 93.2 |

Fuente: encuesta del estudio (n=88)

En la literatura revisada no se han encontrado citas que avalen nuestros resultados. La sintomatología que se encuentran en los casos muestra de estudio se corresponde con lo descrito por los autores que hablan sobre esta patología.

Se describe el síntoma predominante en cada paciente para poder realizar una evaluación cuantitativa de los mismos, no encontrado estudios comparativos del comportamiento de estos alumnos con la aplicación del tratamiento multimodal, lo cual consideramos que existiendo en nuestro país las guías y normas operativas para el uso del mismo debe de realizarse la terapéutica según criterios propuestos.^{12,13}

Al inicio del tratamiento hubo predominio de los síntomas: distractibilidad, hiperactividad y hablar excesivamente, entre los más relevantes; a los dos años de tratamiento aún como síntoma fundamental se mantiene la hiperactividad y la distractibilidad en un mayor porcentaje con una notable mejoría según se evidencia en la Tabla 6.

Tabla 6. Síntomas asociados y evolución

| Síntomas del TADH | Inicio | | 24 Meses | |
|-------------------|--------|------|----------|------|
| | No. | % | No. | % |
| Hiperactividad | 29 | 90.6 | 11 | 34.3 |

| | | | | |
|-----------------------|----|------|---|------|
| Impulsibilidad | 17 | 54.4 | 4 | 12.5 |
| Distractibilidad | 30 | 93.7 | 9 | 28.1 |
| Rebeldía | 15 | 46.9 | 2 | 6.2 |
| Deambular | 20 | 62.5 | 1 | 3.1 |
| Hablar excesivamente | 25 | 78.1 | 3 | 9.3 |
| No oír | 24 | 75.0 | 1 | 3.1 |
| Perder cosas | 23 | 71.8 | 2 | 6.2 |
| No conocer el peligro | 19 | 59.3 | 5 | 15.6 |

(n = 32)

El Gráfico 1 muestra la evolución de los pacientes a los dos años de aplicado el tratamiento multimodal, donde el 91 % fue favorable (Bueno) y solo el 3 % tuvo una evolución desfavorable.

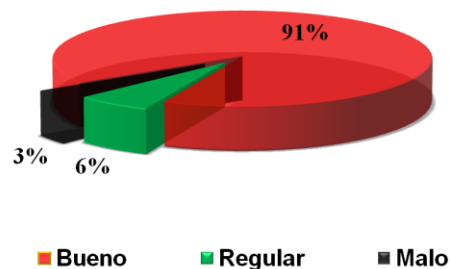


Gráfico 1. Eficacia del tratamiento multimodal en los TDAH a los dos años de evolución

Existen ventajas significativas con el tratamiento multimodal, con el conocimiento del TDAH por parte de la familia, la escuela, la comunidad y de tratarse de niños que su comportamiento obedece a un trastorno neurobiológico lo cual queda demostrado en este estudio, donde 29 tuvieron una evolución satisfactoria, no así en los restantes, donde no existió apoyo familiar y escolar (manejo y terapéutica adecuadas).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barboza M, Sepulveda S, Montalvo D. Neurocisticercosis frontal y déficit de atención. Rev Colombia Méd [Internet]. 2007 jun. [citado 1ro abr. 2009];38 (1): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/request?rc07004>.
2. Castío Valiente J, Gómez García AM. Estudio de comorbilidad en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Actas del 4to. Congreso Cubano y 1er. Taller Iberoamericano de Neurofisiología Clínica. 11-14 mar. 2008. Varadero: Centro de Convenciones Plaza América; 2008. p. 160-72.
3. Herrero MJ, Martínez Benedicto MA. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y potenciales evocados cognitivos: proyecto de investigación. Jornada de Fomento de la Investigación; 11-15 abr. 2007. Universidad Jaume; 2007.
4. Patrick N, Friel BS. EEG Biofeedback in the Treatment of Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder. Alternative Med Review. 2007;12(2):146-51.
5. Clarke AR, Barry RJ, McCarthy R, Salikowitz M, Johnstone SJ, Hsu CI, et al. Coherence in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and excess beta activity in their EEG. Clin Neurophysiol. 2008;118:1472-79.
6. Edwards AF. El trastorno con déficit de atención con hiperactividad en las últimas 4 décadas y media en el Perú: problemas actuales y búsqueda de soluciones. Rev Med Herediana [Internet]. 2009 jul.-sep. [citado 1ro abr. 2008]; 17(3):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/17-3/v17n3e1.htm>
7. Paullada de Cantú GA. El trastorno de déficit de atención. Rev Adicciones [Internet]. 2006 oct. [citado 2 abr. 2009];3:[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revistaadicciones.com.mx/?p=36>
8. Megliano LA. Trastornos por déficit de atención. El niño hiperquinético. Inteligencia emocional [Internet]. 2006 feb. [citado 4 abr. 2009];20(6):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.Inteligencia-emocional.org/aplicaciones_practicas/el_niño_hiperactivo.htm.
9. Blackman JA. ¿Existe y es necesario tratar el síndrome de perturbación de la atención/hiperactividad en preescolares? Clin Pediatr Norteam. 2009;5:1075-91.
10. Murias M, Swanson JM, Srinivanson R. Functional connectivity of frontal cortex in healthy and ADHD children reflected in EEG coherence. Cereb Cortex. 2007;17(8):1788-99.
11. Reyes E, Ricardo Garcel J, Calderas Cruz ME, Lenz A, Palacio L, Miranda EM, et al. Event related potentials to CPT-like working memory test in ADHD adolescents with different comorbidities. Actas del 4to. Congreso Cubano y 1er. Taller Iberoamericano de

- Neurofisiología Clínica. 11-14 mar. 2008. Varadero: Centro de Convenciones Plaza América; 2008. p. 28-9.
12. Rojas de Dios JM. Alteraciones electroencefalográficas en niños con TDAH sometidos a tratamiento con reflexoterapia podal (TDAH) [Tesis]. Santa Clara: ISCM; 2008.
 13. Durston S, Hulsfhooff PH, Schenack HG, Buitelar JK, Steemhuis MP, Minderaa RB, et al. Magnetic resonance imaging of boys with attention-deficit hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Jun.; 332-40.
 14. Carbón Román A, Capilla González A, Pérez Hernández E, Maestú Unturbe F, Ortiz Alonso T, González Márquez J. The Attentional effect in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) by magnetoencephalography (MEG). Actas del 4to. Congreso Cubano y 1er. Taller Iberoamericano de Neurofisiología Clínica. 11-14 mar. 2008. Varadero: Centro de Convenciones Plaza América; 2008. p. 147-56.

Recibido: 20 de junio de 2013

Aprobado: 12 de julio de 2013

Lic. Daniel Chaviano Conesa. Policlínico Universitario "Dr. Rudesindo A. García del Rijo". Sancti Spíritus. Cuba. **Email:** chaviano.ssp@infomed.sld.cu