



**Viernes 6 de febrero de 2015**

**Seminario:**

**Tratamiento no farmacológico  
del TDAH en niños pequeños**

**Moderadora:**

**Concepción Bonet de Luna**

*Pediatra. CS Segre. Madrid. Presidenta  
de la AMPap.*

**Ponente/monitora:**

■ **Ibone Olza Fernández**

*Psiquiatra infantil y juvenil. Equipo Actúa.*

Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

**¿Cómo citar este artículo?**

Olza Fernández I. Tratamiento no farmacológico del TDAH en niños pequeños. En AEPAp ed. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 153-8.

## Tratamiento no farmacológico del TDAH en niños pequeños

**Ibone Olza Fernández**

*Psiquiatra infantil y juvenil. Equipo Actúa.*

[ibone.olza@salud.madrid.org](mailto:ibone.olza@salud.madrid.org)

[www.iboneolza.com](http://www.iboneolza.com)

### RESUMEN

En la actividad docente se analizarán de forma práctica los aspectos más relevantes y actualizados referentes a la valoración y tratamiento de los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad en niños y niñas menores de seis años. Se prestará especial atención al trabajo con los padres por parte del pediatra de Atención Primaria.

Los aspectos teóricos de forma resumida se tratan en el siguiente texto.

### DEFINICIÓN

La hiperactividad y la impulsividad son rasgos habituales en algún momento del desarrollo de la mayoría de niños y niñas menores de seis años. Sin embargo a veces su intensidad lleva a padres o incluso profesores consultar al pediatra sobre la posibilidad de que el menor vaya a presentar un trastorno por déficit de atención hiperactividad (TDAH).

La presencia de la triada sintomática de hiperactividad, impulsividad y déficit atencional suele ser transitoria a edades tempranas, acompañada con frecuencia de desregulación emocional y conductas oposicionistas o desafiantes. Aunque en muchos casos la resolución es espontánea, en otros los síntomas van a persistir de

forma crónica e incluso severa, lo que en el contexto actual genera a veces cierta presión social, educativa o familiar para que el niño o niña reciba un diagnóstico de TDAH o incluso tratamiento farmacológico antes de los siete años.

Persiste una controversia significativa en torno al diagnóstico, etiología y prevalencia del TDAH<sup>12</sup>. Sin embargo, una serie de estudios tanto en animales como en humanos, demuestran cómo algunos factores gestacionales y perinatales pueden alterar el neurodesarrollo y facilitar la aparición de la mencionada tríada sintomática en la infancia. Desde estos modelos se considera el TDAH como una patología del estrés. Los estudios realizados con animales han demostrado que la relación entre el estrés prenatal y las alteraciones de la adaptación conductual y la reactividad emocional es fuerte, y que dichos efectos persisten hasta la edad adulta. Los experimentos con animales han señalado las alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (eje HHS) como el mecanismo a partir del cual el estrés materno afecta al desarrollo emocional, cognitivo y temperamental de las crías. Se postula como mecanismo que la liberación de cortisol materno pasa a la placenta y afecta al desarrollo del hipocampo y la amígdala fetal.

Este mecanismo se ha propuesto dentro de la llamada teoría de la programación fetal, que sugiere que los sistemas biológicos se adaptan al *input* del ambiente durante periodos específicos de alta sensibilidad del desarrollo. La maleabilidad de los sistemas biológicos para adaptarse al ambiente se limita con el desarrollo. Esta teoría explicaría que si hay estrés en algunos momentos críticos de la vida fetal algunas áreas cerebrales se desarrollarían programadas para una situación de "estrés permanente" lo que da lugar a la conducta desadaptativa que se observa posteriormente<sup>3</sup>.

Se ha sugerido que la extra vigilancia y los cambios rápidos en la atención podrían resultar adecuados en un ambiente lleno de peligrosos depredadores. En nuestra civilización, sin depredadores, donde se pone gran énfasis en la educación, en ser capaz de concentrarse y atender, la extra vigilancia y los cambios rápidos de atención

pueden ser mal adaptativos, y producir una ansiedad innecesaria y problemas con la atención<sup>4</sup>.

Los principales estudios prospectivos sobre el efecto de la ansiedad materna en la conducta infantil han observado una asociación muy significativa entre la ansiedad materna en el tercer trimestre y las alteraciones de conducta y problemas emocionales en la primera infancia. El estudio ALSPAC (*Avon Longitudinal Study of Parents and Children*) ha sido el estudio de seguimiento más importante por su magnitud y que ha confirmado el efecto tan duradero que tiene la ansiedad en el embarazo sobre el desarrollo. En los chicos la ansiedad materna prenatal se asoció con hiperactividad y déficit de atención a los cuatro años<sup>5</sup>. El efecto a los siete años era similar al observado a los cuatro años, lo que concuerda con el efecto prolongado observado en los estudios de animales<sup>6</sup>. Concluyen que hay evidencia del efecto programación del estrés prenatal en el desarrollo del feto que dura al menos hasta la mitad de la infancia. En el estudio de Avon la ansiedad prenatal predecía fuertemente problemas por igual en las tres áreas: hiperactividad, problemas emocionales y trastornos de conducta, incrementándose en un 60% el riesgo de problemas severos. La magnitud del efecto a largo plazo de la ansiedad prenatal es sustancial<sup>5</sup>. Igualmente la exposición a tabaco, alcohol, pesticidas, y otros tóxicos así como la prematuridad aumentan significativamente el riesgo de TDAH.

### **DIFICULTADES CON EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TDAH EN NIÑOS Y NIÑAS PEQUEÑOS**

La aplicación indiscriminada de criterios diagnósticos para adultos a niños, sin tener en consideración el contexto del desarrollo, promueve el sobre diagnóstico, la psicopatologización de la infancia y el tratamiento inadecuado de problemas del desarrollo transitorio<sup>7</sup>. La estabilidad del diagnóstico DSM-IV de TDAH en preescolares todavía está por demostrar. La presencia de hiperactividad, inatención y desobediencia en niños pequeños, sin que haya un deterioro funcional puede reflejar un problema del desarrollo transitorio<sup>8</sup>. Igualmente puede ser

un síntoma de dificultades en el vínculo, o incluso de situaciones de violencia intrafamiliar.

El estudio de referencia sobre el TDAH en niños menores de seis años es el PATS (*Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study*)<sup>9</sup>. Es un estudio que merece la pena analizar con detalle. Financiado por el NIMH estadounidense, se trata de un estudio multicéntrico (seis centros) iniciado en el año 2004 con el fin de evaluar la eficacia de distintas opciones terapéuticas en preescolares con TDAH. Para ello se seleccionaron a 303 niños con edades comprendidas entre los 3 y los 5.5 años de edad, de los cuales el 76% son varones (229 chicos, 74 chicas). De todos ellos 202 niños continuaron en seguimiento hasta el año 2010. Para poder hacer el diagnóstico de TDAH los autores modifican los criterios DSM-IV de TDAH para incluir sólo a preescolares graves: se amplía la duración de los síntomas a 9 meses, (aunque la propia DSM-IV señala que no se puede diagnosticar el TDAH antes de los seis años de edad). En uno de los primeros artículos del estudio se describen los síntomas clínicos que según los autores presentan los niños y niñas incluidos en el estudio<sup>9</sup>. Para ello presentan algunas viñetas que reflejan, según los autores, la gravedad de los síntomas de este grupo de niños y niñas que recordemos tenían edades comprendidas entre los tres y los cinco años. Así describen:

*"Tarda 4 horas en hacer las tareas porque se distrae con facilidad y no calla". "Se quita el cinturón de seguridad, una vez se puso de pie dentro del coche en marcha". "La madre se tiene que encerrar en el baño para llamar por teléfono porque su hijo no para de hablarle". "El padre perdió su empleo como chófer porque tenía que salir a menudo al colegio ya que se portaba mal". "Se rompió el cuello al saltar de una cama al armario". "A los cuatro años ya tenía puntos en todo el ojo derecho por caerse del sofá y romper la pecera, que le cortó. Por caerse y cortarse la cabeza, por escalar en la ducha y caerse y por chocarse con su cuidadora y puntos en la ceja". "Se puso de pie en la silleta cuando tenía menos de dos años, se cayó de espaldas y dañó las costillas. Casi se cayó por la ventana al intentar ver de dónde venía un ruido". "Subió al coche de su madre aparcado en la entrada, se sentó en el asiento del conduc-*

*tor, giró la llave, puso la marcha neutra, el coche avanzó y chocó con la valla". "Se echó lejía por todo el cuerpo". "Se quita el cinturón de seguridad, una vez se puso de pie dentro del coche en marcha". "Se echa champú o loción por todo el suelo del baño. Tarda cuatro horas en hacer las tareas porque se distrae con facilidad y no calla".*

Sobre las conductas en el medio escolar, refieren: *"va de la mesa a la pizarra y se sube en la estantería". "Le han sentado solo para que no moleste". "Pega a la gente y no es consciente de los niños que le rodean. El profesor sugiere que le pongan una camisa de fuerza. Le han expulsado de cinco guarderías. Mal rendimiento".*

Y sobre la relación social, comentan: *"según el maestro es incapaz de relacionarse con normalidad con otros niños". "Le eligen el último en los juegos. La madre no le puede llevar a ninguna parte porque se porta muy mal. No le pueden llevar a misa ni similar porque no para quieto y no calla".* Añaden que ocho de los niños habían sido expulsados del colegio<sup>9</sup>.

Todo esto nos hace preguntarnos: ¿de qué estamos hablando?, ¿son síntomas infantiles o descuido por parte de las madres o padres? ¿Qué pensamos si nos dicen que un niño de cuatro años tiene que pasar haciendo deberes cuatro horas al día? ¿Cómo se puede culpar a un menor de cinco años de que el padre pierda su trabajo? ¿Qué opinión nos merece un maestro de educación infantil que sugiere pongan una camisa de fuerza a un alumno? ¿No es acaso normal que un niño de tres años no aguante quieto y callado toda la misa?

El mismo estudio tiene serios problemas con el diagnóstico, al aplicar criterios de adultos o niños mayores a esta población de preescolares: solo el 30,4% no tenían "otros trastornos". Los autores diagnosticaron con criterios DSM-IV toda una serie de trastornos que no pueden diagnosticarse en niños de cuatro años: trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), fobia específica, fobia social, etc. Hay niños que tienen ¡hasta 4 trastornos comórbidos!<sup>10</sup>.

En el mismo estudio, antes de realizar el doble ciego con metilfenidato (MFT), realizan 10 sesiones de PBT

(*Parent Behavior Training*), es decir, psicoeducación parental. Es de destacar que con esas 10 sesiones el 13% de los niños se benefician tanto que ya no cumplen criterios de TDAH<sup>11</sup>. Otro 12% de padres deciden no seguir en el estudio y por lo tanto no inician el tratamiento con medicación.

Inicialmente algunos síntomas de estos pequeños mejoran con el MTF. Pero la respuesta al tratamiento resulta moderada por la comorbilidad: los niños con tres o más trastornos comórbidos no responden al MTF o aquellos con más adversidad social y familiar<sup>10</sup>. Por otra parte encuentran frecuentes y graves efectos adversos: irritabilidad, pérdida del apetito, insomnio, dolor de estómago, retraimiento social, letargia, hipertensión y taquicardia, ¡hubo 8 niños con efectos adversos graves! La disminución de la velocidad de crecimiento fue frecuente. De los 95 niños que siguieron tomando medicación, el crecimiento anual fue un 20,3% menor de lo esperable para su altura, y un 55,2% menor en peso<sup>12</sup>. En el grupo en seguimiento a seis años la intensidad de los síntomas se redujo en los tres primeros años, pero se mantuvo entre moderada y severa a lo largo de los seis años<sup>13</sup>. Las chicas mejoraron más en los síntomas. Seis años después, el 89% seguían cumpliendo los criterios diagnósticos de TDAH<sup>13</sup>.

A los seis años, de los que seguían tomando medicación, ¡un 13% tomaban neurolepticos! El tratamiento farmacológico no mejoró la evolución. Las conclusiones son muy similares a las del clásico estudio MTA: no hubo diferencias entre tomar medicación o no tomarla<sup>13</sup>. En el MTA (*Multisite Multimodal Treatment Study of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*) original, 579 chicos de entre 7 y 9 años de edad fueron distribuidos en diferentes ramas de tratamiento durante 14 meses: tratamiento sistemático con MTF; terapia conductual; combinación de ambas (medicación + terapia conductual) o cuidado comunitario habitual. Aunque inicialmente se observó una mejor respuesta en los que recibían MTF, que fue lo que apoyó la introducción masiva del MTF como primera opción de tratamiento del TDAH, es muy importante recordar que a los 3, 6 y 8 años los participantes con TDAH no presentan diferencias en función del tratamiento que reciben<sup>14</sup>.

## DISEÑO Y EFICACIA DE LA EDUCACIÓN Y TRATAMIENTO PARENTAL

Sin embargo lo que sí ha demostrado su eficacia a estas edades son las terapias no farmacológicas, centradas en la educación parental. Recientemente Williford revisa la evidencia de la eficacia de los tratamientos conductuales de los síntomas de TDAH en niños pequeños<sup>15</sup>, concluyendo que el entrenamiento parental resulta ser la intervención que mayor eficacia ha demostrado en esta población. En algunos estudios también se observa cómo algunos niños mejoran “sólo” con estar en lista de espera (25% “se curan” solo estando en lista de espera)<sup>16</sup>.

En general estas intervenciones con los padres y madres se basan en dos principios u objetivos centrales:

1. Incrementar las conductas sensibles, positivas y de apoyo por parte de los progenitores, siguiendo el paradigma de la teoría del apego y comprendiendo la importancia de formar un vínculo seguro. Para eso se potencia el consuelo, la expresión del afecto, la sensibilidad y respuesta al niño, y actividades como leer un cuento en la cama antes de ir a dormir o prestar más atención a las conductas positivas.
2. Mejorar la consistencia en la respuesta parental, ayudando los padres a los hijos a mantener una disciplina proactiva y adecuada. Para ello se enseña a evitar el refuerzo negativo que a veces obtienen los niños con las conductas disruptivas o rabietas, por ejemplo al no recoger sus juguetes o al ir al supermercado.

En un trabajo se describen ocho sesiones de entrenamiento parental para padres de niños preescolares con sus contenidos<sup>16</sup>:

- Psicoeducación TDAH: eficacia de la intervención simple, aprender a llamar la atención, contacto visual, importancia del reconocimiento, llevar un diario conductual.
- Reforzar lo de la sesión anterior: ver diario, analizar sentimientos parentales sobre conducta. Importan-

cia de mensajes claros, rutinas, contar; recordatorios, límites y evitar confrontaciones.

- Reforzar logros previos. Diarios. Abordar rabietas. Firmeza y control de voz, evitar amenazas, estrategias de distracción.
- Reforzar logros previos. Introducir concepto de tiempo fuera.
- Revisar, centrándose en problemas surgidos y soluciones. Habilidad parental para crear estrategias, revisar diarios. Observar interacción padres-niños. Dar *feedback* sobre calidad de interacción.
- Reforzar mensajes previos, discutir debilidades.

En conjunto el entrenamiento parental es más efectivo que el MTF para el tratamiento de preescolares con síntomas de TDAH<sup>17</sup>. Por eso nunca hay que plantear tratamiento farmacológico para TDAH antes de los 6-7 años de edad. No hay evidencia de que sea eficaz, si de que tiene numerosos efectos adversos. Sin embargo si se puede realizar psicoeducación y trabajar con los padres y madres, dándoles pautas para favorecer el vínculo seguro y la autorregulación emocional. Destacar la importancia de los hábitos de vida saludables: alimentación, juego libre, tiempo en la naturaleza. Los niños con TDAH se concentraban mejor después de un paseo por el parque que en el centro o en su vecindario, efecto que fue comparable a una dosis de MTF.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Timimi S, Jureidini J, Leo J. NICE guidance on ADHD. NICE recommendations are not evidence based and could expose many to unnecessary harm. *BMJ*. 2008; 28:337:a2284.
2. Tizón García JL. El "niño hiperactivo" como síntoma de una situación profesional y social ¿mito, realidad, medicalización? *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*. 2007;2:23-30.
3. Olza Fernández I. La teoría de la programación fetal y el efecto de la ansiedad materna en el neurodesarrollo infantil. *Maternidad gozosa y entrañable*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza; 2006; p.93-102.
4. Talge NM, Neal C, Glover V, Early Stress, Translational Research and Prevention Science Network: Fetal and Neonatal Experience on Child and Adolescent Mental Health. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48:245-61.
5. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br J Psychiatry*. 2002;180:502-8.
6. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Glover V, ALSPAC Study Team. Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003;44:1025-36.
7. McClellan JM, Speltz ML. Psychiatric diagnosis in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42:127-8; author reply 128-30.
8. Pelham W, Chacko A, Wymbs B. Diagnostic and assessment issues of Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder in the young child. In: DelCarmen-Wiggins R, Carter A (eds.). *Handbook of Infant, Toddler and Preschool Mental Health Assessment*. Oxford: Oxford University Press. 2004; p.339.
9. Posner K, Melvin GA, Murray DW, Gugga SS, Fisher P, Skrobala A, et al. Clinical presentation of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children: the Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS). *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007;17:547-62.
10. Ghuman JK, Riddle MA, Vitiello B, Greenhill LL, Chuang SZ, Wigal SB, et al. Comorbidity moderates

- response to methylphenidate in the Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS). *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007;17:563-80.
11. Kollins S, Greenhill L, Swanson J, Wigal S, Abikoff H, McCracken J, et al. Rationale, design, and methods of the Preschool ADHD Treatment Study (PATS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45:1275-83.
  12. Swanson J, Greenhill L, Wigal T, Kollins S, Stehli A, Davies M, et al. Stimulant-related reductions of growth rates in the PATS. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45:1304-13.
  13. Riddle MA, Yershova K, Lazzaretto D, Paykina N, Yenokyan G, Greenhill L, et al. The Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS) 6-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52:264-78.
  14. Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, Arnold LE, Vitiello B, Jensen PS, et al. The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48:484-500.
  15. Williford AP, Shelton TL. Behavior management for preschool-aged children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014;23(4):717-30.
  16. Sonuga-Barke EJ, Daley D, Thompson M, Laver-Bradbury C, Weeks A. Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled trial with a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:402-8.
  17. Charach A, Carson P, Fox S, Ali MU, Beckett J, Lim CG. Interventions for preschool children at high risk for ADHD: a comparative effectiveness review. *Pediatrics*. 2013;131:e1584-604.