

TEMA PEDIÁTRICO

Dificultades comunes en el tratamiento integral
de niños con problemas de atención y
aprendizaje en México

Dr. Saúl Garza-Morales, Dr. Eduardo Barragán-Pérez

Departamento de Neurología, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Secretaría de Salud, México, D. F., México.

Resumen

Es común que, en su práctica clínica diaria, el pediatra en México enfrente casos de niños con problemas en el aprovechamiento escolar, bajo rendimiento académico y trastornos de conducta. No solo existen dificultades en la decisión del tratamiento farmacológico, sino también respecto a las múltiples opciones terapéuticas y escolares existentes.

En este artículo se describen las diferentes herramientas diagnósticas para esta clase de problemas, así como, desde un punto de vista integral, las fortalezas y debilidades de las diferentes variantes terapéuticas, los planteles educativos y los tratamientos farmacológicos; además de las soluciones habituales a problemas comunes en estos pacientes. Al final, se hacen algunas recomendaciones prácticas para el manejo de estos niños y sus familias en el consultorio.

Palabras clave. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad; bajo rendimiento escolar; terapias de manejo integral; apoyo escolar; farmacoterapia.

Solicitud de sobretiros: Dr. Saúl Garza Morales, Depto. de Neurología, Hospital Infantil de México Federico Gómez, SS, Dr. Márquez 162, Col. Doctores, Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06720, México, D. F., México.

Fecha de recepción: 15-06-2004.

Fecha de aprobación: 09-05-2006.

Introducción

Es común en la práctica médica pediátrica enfrentar a menores que presentan problemas de comportamiento, bajo rendimiento escolar y pobre adaptación social en los primeros años de la vida, como resultado de grados variables de conductas impulsivas, presencia de hiperactividad o inatención. Hoy se sabe que estos síntomas se presentan en niños portadores del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), que es el diagnóstico neuropsiquiátrico más frecuente en la infancia y que afecta de 5 a 15% de la población infantil.¹

Las condiciones clínicas indispensables para realizar este diagnóstico son:

1. Cumplir con los requisitos enmarcados en el Manual de Diagnóstico y Tratamiento de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV), entre los que se incluyen obligatoriamente: edad de inicio (antes de los siete años), cronicidad e intensidad de los síntomas para impactar sobre los ambientes social, escolar o familiar.^{2,3}
2. Registro mediante encuestas de los síntomas del niño en diferentes ambientes.
3. Análisis completo de los antecedentes psicosociales (expectativas familiares, psicopatología familiar, habilidades individuales y comorbilidad del problema, expectativas y exigencias escolares).^{4,5}
4. Descartar causas orgánicas y psiquiátricas⁶ diferentes a las relacionadas con el TDAH (*v.g.* epilepsia de ausencias).

El mejor tratamiento es aquel que contempla un manejo integral, no solo de los síntomas del TDAH sino de la comorbilidad presente en los ámbitos social, escolar y familiar.¹

Una parte principal al inicio de la estrategia es tener en cuenta los siguientes factores:^{7,8}

- Expectativa de los padres.
- El sistema educativo en que se encuentra el niño.
- La habilidad de los padres para instrumentar reglas y normas.
- La intensidad de los síntomas en diferentes ambientes.
- La presencia de factores emocionales que pudieran relacionarse temporalmente con los síntomas.
- La disposición de los padres y los maestros para instrumentar medidas de apoyo.

Necesidad de tratamiento interdisciplinario

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta el médico en este tratamiento integral es la recomendación del grupo multidisciplinario de apoyo y la recomendación del sistema educativo.⁸ El tratamiento integral es el único que asegura un desarrollo adecuado por parte del paciente (Cuadro 1), siendo el médico tratante (pediatra, neuropediatra o paidopsiquiatra) el encargado de conformar a este grupo interdisciplinario y la prioridad de dichas intervenciones.

Manejo escolar

En la última década en México, los maestros han tenido la obligación de conocer las condiciones médicas que pueden influir en las habilidades de

Cuadro 1. Manejo integral

1. Manejo escolar
2. Medidas sociales
3. Apoyo individual y familiar
4. Terapias de aprendizaje
5. Tratamiento médico
6. Apoyo de habilidades físicas y de coordinación
7. Terapias especiales

aprendizaje y conducta de sus alumnos; sin embargo, la carga asistencial y la necesidad de actualizarse en otras disciplinas dificultan el proceso de mantenerse informados. A esto hay que agregar problemas comunes en los que se encuentran inmersos, como son información poco confiable obtenida por medios que dan opiniones sin fundamento científico (radio, televisión, prensa escrita o Internet) y la oferta de técnicas terapéuticas y educacionales con pobre conocimiento real y sin fundamento científico del problema.

Es por eso que el médico encargado debe otorgar información científica y orientada a los padres sobre los diferentes métodos, favoreciendo que éstos conozcan las ventajas y desventajas de cada uno de los planteles educativos y que sirva de ayuda en la búsqueda de un sistema escolar favorable para el desarrollo de sus hijos.⁹

En resumen, los sistemas de apoyo más frecuentes de las escuelas del área metropolitana son:

- *Grupos de apoyo.* Grupos de psicólogas y pedagogas que se transportan a las escuelas para dar apoyo a los niños identificados con TDAH o problemas específicos del aprendizaje. Este sistema domina en las escuelas del sector público. La ventaja es que un grupo de profesionistas da apoyo a varias escuelas, dando un seguimiento de los avances e integración en los grupos regulares de los alumnos atendidos. La desventaja es que los niños sólo reciben apoyo por lapsos cortos, una o dos veces a la semana, mientras que el resto del tiempo se encuentran en grupos regulares con gran cantidad de alumnos y sin la supervisión necesaria, con los consiguientes efectos escolares y sociales.
- *Grupos paralelos.* De menos de 15 niños (todos con TDAH o trastornos de aprendizaje e inteligencia normal), en los cuales una pedagoga con experiencia y una auxiliar brindan un programa que cumple con los requisitos básicos de la Secretaría de Educación Pública (SEP), además de algunos conocimientos de idiomas extranjeros o religión. Frecuentemente están incluidos en escuelas grandes con grupos regulares y mayor exigencia académica, pudiendo integrarse a éstos en la medida que el niño aumente sus capacidades. La ventaja de ellos es la personalización de la educación y la posibilidad de que el niño pueda integrarse a los grupos regulares en la medida de sus posibilidades, además de asegurar una convivencia plena en todas las actividades escolares y sociales con niños que no tienen el problema. La desventaja inicial es su costo, además de la estigmatización de los grupos como niños especiales o con necesidades para permanecer aislados, lo cual favorece la desintegración social de los pequeños.
- *Grupos de inserción.* Es un sistema frecuente en escuelas bilingües con sistemas de ingreso muy restrictivos. Los alumnos candidatos a ingreso son evaluados minuciosamente y son seleccionados con base a sus habilidades, aquéllos identificados como portadores del TDAH son incluidos en grupos regulares con una frecuencia constante de uno o dos por grupo, de tal forma que una maestra capacitada pueda manejarlo con medidas rutinarias. Las ventajas del sistema son una integración plena, además de un apoyo profesional en el grupo asignado, mientras que las desventajas incluyen el excluir a muchos niños que no cumplen con los requisitos estrictos de habilidades escolares o sociales, favoreciendo la segregación y dando la falsa idea de que el manejo escolar puede ser llevado con relativa facilidad.
- *Apoyo y descarte.* Probablemente la mayoría de las escuelas consideradas de alto rendimiento practican este sistema. Consiste en detectar fallas en el aprendizaje, bajo rendimiento escolar o problemas del comportamiento a través de una evaluación superficial realizada por la psicóloga escolar, quien envía a los pequeños con un grupo de profesionales exter-

nos para que decida las tareas a realizar. Frecuentemente, la escuela intenta trabajar en grupo con los profesionistas externos, pero sus exigencias académicas y la poca libertad de adaptación de sus sistemas impide que la mayoría de los alumnos evaluados puedan llevar el rendimiento exigido, por lo que terminan afectando la autoestima o recomendando un cambio de escuela, basados en el precepto “ésta no es una buena escuela para el niño”. Las ventajas son que una pequeña cantidad de niños con TDAH e inteligencia superior, que se benefician de límites claros y supervisión de las tareas, pueden permanecer en escuelas de alto rendimiento académico aunque la mayoría terminará con estigmas sociales y serán trasladados a otras escuelas a pesar de los apoyos recibidos. Este sistema refuerza la idea de que alumnos de ciertas escuelas tienen un perfil de triunfadores, aunque nadie habla de los efectos psicológicos de aquéllos a quienes se les dificultó llevar dicha exigencia académica ni se habla de los fracasos escolares de los niños que tienen que eliminar del sistema por no convenir a sus intereses.

- *Talleres de apoyo o tutorías.* Corresponden a grupos de niños que acuden después o dentro de sus actividades escolares regulares a aclarar dudas o reforzar alguna materia de forma personalizada. La virtud del sistema es la facilidad en su implementación, frecuentemente puede incluir el apoyo de tareas; sin embargo los problemas sociales y conductuales dentro del grupo regular quedan sin atención y los maestros descargan gran parte de su responsabilidad en los talleres, abusando de ellos, para dedicarse a la atención del resto de los niños.
- *Educación especial.* Si bien es cierto que una minoría de niños con TDAH (frecuentemente aquéllos asociados a trastornos de aprendizaje y/o una inteligencia normal baja o límite) pueden requerir de educación especializada y

personalizada para poder desarrollar su potencial, es inadmisibles que este grupo de niños conviva en la escuela con niños que padecen de verdaderas enfermedades o trastornos graves del comportamiento o el intelecto, ante la posibilidad de confundirlos como portadores de estos trastornos, evitar una educación satisfactoria y reducir el desarrollo de todas sus capacidades, provocando una baja autoestima.

- *No inclusión.* Algunas escuelas privadas reconocen su incapacidad para adaptarse a las necesidades de los niños con TDAH y prefieren no aceptarlos en sus planteles, ante la posibilidad de afectar la dinámica de los grupos. Si bien esta práctica demuestra la honestidad del plantel, frecuentemente viene aparejada una falsa imagen de ser un colegio en donde sus métodos de enseñanza tienen resultados asombrosos, cuando la realidad es que son colegios elitistas en los que solo una minoría de niños cumple con los requisitos intelectuales, sociales y económicos exigidos.

La mayoría de los niños portadores de TDAH se beneficiarán de un apoyo escolar personalizado, con maestros auxiliares en las tareas escolares regulares y talleres específicos. Sólo la minoría requerirá de un cambio escolar.

El equipo ideal que asegure buenos resultados dentro de la escuela es aquel que contenga profesionales (educadores, maestros y psicólogos) que entiendan la problemática del pequeño y estén dispuestos a adaptarse a las necesidades particulares de cada niño, manteniendo la comunicación con la familia y el resto de profesionales involucrados en el tratamiento.

Manejo social y familiar

Una tercera parte de los niños con TDAH presenta dificultad en el desarrollo de habilidades sociales, sobre todo en procesos adaptativos con

padres, maestros y compañeros, lo cual incrementa aún más su problemática escolar. Este fenómeno es particularmente frecuente en mujeres adolescentes y en varones preescolares. Las conductas retadoras y opositoras a las obligaciones habituales, hacen que sean etiquetados como violentos y agresivos. Aquí las intervenciones familiares son de gran ayuda para dar apoyo en la instrumentación de normas y disciplina por parte de los padres, mejorando sus relaciones ambientales.^{10,11}

Los pequeños de cuatro a siete años de edad muestran pocas habilidades para relacionarse socialmente, lo cual motiva rupturas de disciplina. Para ellos han sido diseñados “cursos de entrenamiento en habilidades sociales” que refuerzan en la práctica diaria formas de comportamiento esperados y facilitan su inclusión en grupos sociales (familia, escuela y actividades vespertinas). Otro grupo de niños, frecuentemente impositivos y violentos, puede requerir de “técnicas de modificación conductual o cognitivo-conductual”, con la finalidad de proporcionar a los padres una herramienta práctica para el manejo de la conducta.

Al menos un tercio de las madres que tienen hijos con TDAH manifiestan niveles altos de frustración al tener que dedicar tiempo extra en las labores escolares y sociales de sus hijos; mientras que por otro lado deben tolerar de los maestros y miembros diversos de la familia “consejos mágicos” para mejorar el comportamiento de sus hijos, entre los que sobresalen: “la madre debe dedicar más tiempo, mayor supervisión o límites” para lograr mejor comportamiento y educación. Además, es frecuente que el padre niegue la sintomatología de su hijo, argumentando que él fue similar en su infancia y que siempre se ha considerado una persona sana; o proponiendo que las conductas de su hijo podrían ser fácilmente cambiadas con una disciplina férrea y marcial. Los niveles altos de frustración asociados a demandas crecientes escolares y sociales, se pueden asociar (comorbilidad) con síntomas de ansiedad-depresión que aumentan la problemática global de los pacientes y que requieren de una atención independiente al manejo rutinario del TDAH.

Terapias de aprendizaje

Al menos 60% de los niños portadores de TDAH presentan dificultades para cumplir con el rendimiento promedio esperado.^{12,13} La terapia de aprendizaje, basado en ejercitación de las áreas identificadas como menos desarrolladas, sólo podrá resolver el problema en un número limitado de niños (20-25%). En estas circunstancias se hace prioritario, además de una evaluación extensa y precisa de pruebas psicométricas, el utilizar un medicamento de apoyo, evitando con ello una desmotivación de la familia y cansancio innecesario del niño.

Algunos puntos a recordar de forma práctica incluyen:

1. Realizar una evaluación psicopedagógica completa inicial.
2. Evaluar resultados de la terapia posterior a seis meses de trabajo.
3. Las terapias de aprendizaje asociadas a tratamiento médico son más eficientes.
4. Mantener una comunicación cercana entre médico, terapeuta, padres y escuela.
5. Conocer los objetivos precisos de la terapia y sus alcances.
6. Tener la capacidad de cambiar de estrategia en caso de no presentarse mejorías objetivas, después de un tiempo razonable (dos a tres meses).

Tratamiento médico

El tratamiento médico debe entenderse en su sentido más amplio, donde se incluyan los siguientes aspectos:

- Identificar el problema. Debe ser el pediatra o el médico general quien realice una detección oportuna del problema y forme el equipo interdisciplinario de apoyo. Desafortunadamen-

te, algunos profesionales menosprecian los comentarios o hallazgos de los diversos medios donde se desarrolla el paciente, provocando retardo en las acciones necesarias para ayudar en la problemática del niño e infundiendo desconfianza a la familia con opiniones poco serias y sin fundamento científico.^{14,15}

- Trabajar en equipo. El trabajo interdisciplinario ofrece los resultados más consistentes, como se ha podido demostrar en múltiples estudios.⁷ El iniciador del equipo debe ser el pediatra o médico familiar, quien será frecuentemente el profesional de primer contacto y es el que goza de la confianza de la familia, además de conocer en detalle la historia médica y del desarrollo del niño. Deberá identificar los síntomas, descartar causas médicas que expliquen el comportamiento del paciente (premadurez, enfermedades crónicas, anemia, etc.) y referirá al niño y su familia con el neuropediatra o el paidopsiquiatra, con quien analizará cada caso en particular en la búsqueda de las mejores opciones de sistema escolar, terapia y manejo farmacológico, además de evaluar los resultados de las maniobras instauradas.
- Aclarar dudas y alejar de terapias inútiles. El médico encargado tiene la obligación de orientar a la familia no solo sobre los tratamientos terapéuticos conocidos y con bases científicas sino de aquellas terapias alternativas. De la misma manera, deberá recomendar a la familia alejarse de algunas formas de tratamiento sin fundamento y que provoque una pérdida de tiempo valioso que redunde en una menor autoestima del niño e incluso, pueda poner en peligro la integridad del pequeño.
- Monitorizar resultados. Una pieza fundamental es el seguimiento pediátrico y la respuesta al tratamiento integral. El seguimiento y vigilancia permanente de los resultados académicos, su crecimiento y desarrollo, evaluación de comportamientos y adaptación al medicamento deberán depender del médico pediatra.

La Academia Mexicana de Pediatría realizó recientemente un consenso sobre el tratamiento farmacológico del niño con TDAH,¹⁶ juntando a un grupo de profesionistas (neuropediatras y paidopsiquiatras) de instituciones mexicanas de prestigio. En resumen, se coincidió en algunos puntos de interés:

1. Los medicamentos indicados constituyen una herramienta útil y segura.
2. La vigilancia de la respuesta y efectos secundarios provocados por los medicamentos deben ser realizadas exclusivamente por médicos.
3. El fármaco deberá ser elegido de acuerdo a cada caso en particular, después de considerar los síntomas principales, la comorbilidad y sus repercusiones escolares, sociales y personales.
4. Los preescolares deben ser evaluados y tratados médicamente sólo por expertos en neuropediatría y/o paidopsiquiatría.

Ahora bien, los principios generales del tratamiento farmacológico incluyen:

- Los medicamentos más utilizados en preescolares con conductas impulsivas son los alfa-adrenérgicos (clonidina) y los estimulantes de corta acción, como el metilfenidato.¹⁷
- En niños y adolescentes con TDAH sin comorbilidad, los fármacos de elección son los estimulantes (metilfenidato de corta o larga acción).¹⁸⁻²¹ En estos casos, el tratamiento farmacológico puede ser realizado por el pediatra. Cuando existe comorbilidad con trastornos emocionales o de conducta disruptiva puede ser necesario añadir otro medicamento y emplear medidas psicoterapéuticas que son del dominio del paidopsiquiatra o del neurólogo.

- En casos de comorbilidad con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se debe dar prioridad al manejo de los síntomas de TOC y asociarlo con terapia cognitivo-conductual.
- Los síntomas de ansiedad, y depresión asociados al TDAH frecuentemente disminuyen con el empleo de medicamentos indicados para este trastorno. En caso contrario, es recomendable añadir otro fármaco con efectos ansiolíticos del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, como la fluoxetina.
- En pacientes que padecen epilepsia, además de TDAH, se debe evitar el uso de anfebutamona o bupropión por su capacidad pro-convulsiva. El tratamiento deberá ser supervisado, de preferencia, por un neurólogo.
- Los adolescentes que han abusado de sustancias deben recibir un manejo integral para este problema antes de tratar el TDAH.
- Recientemente, el uso de atomoxetina ha ganado popularidad por ser un medicamento no estimulante y venderse libremente en México; además de ayudar a pacientes que tienen comorbilidad con tics o enuresis y demostrar su eficacia en el manejo de los pacientes con TDAH.

Los fármacos más utilizados en el tratamiento del TDAH se mencionan en el cuadro 2.²²⁻²⁶

Habilidades físicas y de coordinación

Una comorbilidad frecuente (35%) en algunos pacientes con TDAH son los trastornos de la coordinación motriz. Éstos se manifiestan desde los primeros años de la vida, con caídas y tropezones frecuentes y problemas para recortar, realizar trazos o rasgar.

Se asocia con retardo en el desarrollo del lenguaje y posteriormente dificultades de la lecto-escritura, esto último como consecuencia de problemas viso-espaciales. Es necesario reconocer que estas

fallas viso-perceptuales no son resultado de problemas visuales. Existe un acuerdo internacional de las academias y sociedades de oftalmólogos, optometristas, neuropediatras y pediatras de que estos problemas no son corregidos por medio de ejercicios oculares basados en tracciones, lentes con o sin colores, prismas o movimientos de seguimiento denominados genéricamente como terapias visuales o de optometría conductual.

Aunque la terapia física o de neurodesarrollo no corrige el TDAH, puede coadyuvar en el manejo de los problemas motores, los cuales también pueden mejorar con ejercicios paralelos como natación, danza o gimnasia olímpica.

Una asociación frecuente en los pacientes que manifiestan alteraciones en la coordinación son problemas en la lecto-escritura (trastorno específico del aprendizaje). Esto provoca una escritura desorganizada y una lectura de comprensión más lenta. Las terapias de estimulación motora de habilidades físicas y de coordinación (ejemplo: neurodesarrollo) pueden favorecer un desarrollo de lecto-escritura y coordinación más acorde a su edad, evitando la permanencia innecesaria y prolongada más allá de la edad preescolar, para dar paso a la brevedad al inicio de un apoyo escolar tutelar o terapia de aprendizaje.

Terapias especiales

Existen algunas formas de terapia encaminadas a apoyar, corregir o curar diversos aspectos relacionados con el TDAH, en su mayoría sin bases fisiopatológicas y con pocas o nulas bases científicas. Se reconocen en algunas de ellas buenas intenciones, aunque no deja de ser preocupante la pérdida de tiempo que representa ingresar en una terapia de dudosa eficacia y la sensación de falsa seguridad de los padres y maestros de estar tratando el problema de los niños, lo cual puede retardar un tratamiento multidisciplinario más eficiente.

Entre aquellas "terapias" de eficacia científica no reconocida y con pobre aceptación por socie-

dades científicas neurológicas y psiquiátricas se incluyen:

- a. Terapia de *neurofeedback*.
- b. Terapia con delfines.
- c. Terapias visuales.
- d. Terapia con caballos.
- e. Terapias con cuarzos o imanes.
- f. Terapias con factores de crecimiento.
- g. Terapias relacionadas con productos animales.
- h. Terapias con prismas o lentes.

Cuadro 2. Fármacos más utilizados en el tratamiento del TDAH

Fármaco	Nombre comercial	Dosis recomendada mg/kg/día	Efectos indeseables
Metilfenidato	Tradea®/Ritalin® (acción corta)	0.5-1	Reducción de apetito Insomnio (administración nocturna)
	Concerta® (acción prolongada)	18-72	
Levo/dextroanfetamina* Pemoline*	Aderall	2.5-40	Cefalea Aumento de pulso Cambios emocionales
	Cylert	2	
Imipramina ²² Cloripramina Nortriptilina* Desipramine*	Tofranil/Talpramin®	1-4	Estreñimiento Sedación Boca seca Cambios de TA Cambios de ritmo cardíaco
	Anafranil®	25-100	
	Pamelor®	10-50	
	Norpramin®	20-100	
Clonidina Guanfacina*	Catapressan®	0.05-0.3	Sedación Mareo Boca seca
	Tenex®	0.5-4	
Bupropión/anfebutamona	Wellbutrin®	50-100 mg c/8 a 12 horas	Fatiga Hipotensión Náusea/vómito Anorexia
Venlafaxina	Efexor®	25-100 mg/día	Cefalea Cansancio Náusea Somnolencia
Modafinil ²³	Modiodal®	50-400 mg/día	Cefalea Náusea Nerviosismo
Atomoxetina ²⁴⁻²⁶	Strattera®	0.5 – 1.2 mg/kg/día	Palpitaciones Estreñimiento Boca seca Náusea

Los fármacos con asterisco (*) no están disponibles en México

- i. Terapias craneo-sacrales.
- j. Terapias físicas basadas en presiones digitales.

Psicoterapia

Los problemas de atención, comportamiento y aprendizaje, aunados a grados variables de impulsividad, complican el funcionamiento psicosocial del paciente, con dificultades en sus relaciones interpersonales y baja autoestima.

La psicoterapia no afecta las bases fisiopatológicas biológicas del TDAH y por lo tanto no tiene capacidad de modificar sus síntomas clave ni su evolución natural, lo que pone en duda su utilidad como tratamiento exclusivo en estos pacientes.²⁷ Sin embargo, en la práctica clínica, la orientación psicológica y la psicoterapia a los pacientes y sus progenitores suele ser de gran utilidad como medida complementaria al empleo de fármacos y la rehabilitación pedagógica.²⁷ Las medidas psicoeducativas son un apoyo importante para los padres que generalmente presentan gran ansiedad y agobio por los problemas que vive su hijo. Favorecen el manejo de la comorbilidad, ayudan a establecer mejores patrones de rutinas y disminuir la problemática conductual que presentan muchos de estos pacientes.

Conclusiones

Las alteraciones en el aprendizaje y la conducta de niños en edades preescolar y escolar son cada vez más reconocidas. El papel del pediatra en el diagnóstico y tratamiento de estas alteraciones cada vez tiene más importancia, ya que ellos tienen el primer contacto con las manifestaciones primarias en estos pacientes, además de mantener una relación más estrecha con los padres de familia, lo que facilita la orientación temprana, oportuna y científica.

El mejor tratamiento es aquel que conjuga no solo a un grupo de especialistas, sino también integra en el equipo de trabajo a los padres, psicólogos y escuelas que favorecen el mejor rendimiento y crecimiento de un pequeño. Este tratamiento integral debe incluir al pediatra.

Las decisiones sobre el manejo deben estar sustentadas en fundamentos científicos y no en opiniones personales o anecdóticas.

El análisis integral de los problemas del niño, las alternativas científicas y el seguimiento de su evolución evitará perder un tiempo valioso y posibilitará revertir la problemática de una manera más efectiva.

COMMON PROBLEMS IN THE TREATMENT OF CHILDREN WITH INATTENTION AND LEARNING DISABILITIES IN MEXICO

Problems in the scholastic achievement, low academic performance and behavioral disturbances of children are very common in the daily clinical practice of pediatricians in Mexico. Difficulties are related to options regarding pharmacologic as well as educational interventions. We describe the diagnostic tools for this kind of problems; and an integral point of view of the different therapeutic options, the strengths and weaknesses of diverse educational approaches and the pharmacological therapy. Finally, recommendations are presented for the management of these children and their families in the pediatrician office.

Key words. Attention deficit disorder with hyperactivity; low academic performance; integral treatment; pharmacotherapy.

Referencias

- Barragán E. El niño y el adolescente con trastorno por déficit de atención, su mundo y sus soluciones. 2da. ed. México: Linæ Editores; 2003.
- Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a life-span perspective. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59 Suppl 7: 4-16.
- Goldman LS, Genel M, Bezmqan RJ. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *JAMA*. 1998; 279: 1100-6.
- Cantwell D. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35: 978-9.
- Barragán E, Garza S, Galindo G, Ricardo J. Attention deficit disorder and low birth weight in term children: Their association and the neuropsychological implications. *J Neurol Sci*. 2001; 187 Suppl 1: S359-60.
- Barragán E. Daño neurológico y epilepsia. Estrategia y herramientas multidisciplinarias de apoyo. México: Linæ Editores; 2004.
- Keith C. Multimodal treatment of ADHD in the MTA: an alternative outcome analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40: 2-6.
- Schweitzer JB, Cummins TK, Kant CA. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Med Clin North Am*. 2001; 85: 757-77.
- Touzin M. Academic difficulties in hyperactive children. *Rev Pract*. 2002; 52: 1998-2001.
- Barkley RA. Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63 Suppl 12: 36-43.
- Harwood TM, Beutler LE. What does the MTA study tell us about effective psychosocial treatment for ADHD? *J Clin Child Psychol*. 2001; 30: 141-3.
- Stevens S. The LD child and ADHD child. USA: Winston-Salem; 1997.
- Cupello S. Cognitive aspects of attention deficit hyperactivity disorder in children. *Rev Pract*. 2002; 52: 2005-8.
- Arnold LE, Abikoff HB, Cantwell DP, Conners CK, Elliot G. National Institute of Mental Health. Collaborative multimodal treatment study of children with ADHD (The MTA). *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54: 863-70.
- Kirby K, Rutman LE, Bernstein H. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a therapeutic update. *Curr Opin Pediatr*. 2002; 14: 236-46.
- Ruiz-García M, Garza-Morales S, Sánchez-Guerrero O, Loredó-Abdalá A. Conclusiones del consenso de expertos sobre el tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2003; 60: 349-55.
- Ghuman JK, Ginsburg GS. Psychostimulants in preschool children with ADHD: clinical evidence from a developmental disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40: 516-24.
- Wender EH. Managing stimulant medication for attention-deficit/hyperactivity disorder: an update. *Pediatr Rev*. 2002; 23: 234-6.
- Greenhill LL, Pliszka S, Dulcan MK. Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002; 41: S26-49.
- Weber P, Lutschg J. Methylphenidate treatment. *Pediatr Neurol*. 2002; 26: 261-6.
- Pelham WE, Gnagy EM, Burrows L. Once-a-day concerta methylphenidate *versus* three times daily methylphenidate. *Pediatrics*. 2001; 107: 105.
- Popper CW. Antidepressants in the treatment of ADHD. *J Clin Psychiatry*. 1997; 58: 14-29.
- Fletcher. Efficacy of modafinil compared to dextroamphetamine for the treatment of ADHD in adults. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2000; 10: 311-20.
- Spencer TJ, Biederman J, Wilens TE, Faraone SV. Novel treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63: 16-22.
- Schweitzer JB, Holcomb HH. Drugs under investigation for attention-deficit hyperactivity disorder. *Curr Opin Invest Drugs*. 2002; 3: 1207-11.
- Wernicke JF, Kratochvil CJ. Safety profile of atomoxetine in the treatment of children and adolescents with ADHD. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63: s50-5.
- George G. Psychotherapy in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Pract*. 2002; 52: 2013-6.

