

Hallazgos de una encuesta sobre la experiencia del manejo clínico del TDAH

Juan David Palacio¹
Diana Botero-Franco¹
Christian Muñoz-Farías²
Rafael Antonio Vásquez-Rojas³
Jaime Carrizosa-Moog⁴

Resumen

Introducción: El manejo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se debe ajustar a las necesidades y recursos de Latinoamérica, y para lograrlo se sugiere elaborar un consenso para el abordaje y manejo del TDAH en cada país. *Objetivo:* Describir la opinión de los profesionales colombianos sobre el manejo clínico del TDAH, con el fin de elaborar un documento base para un futuro consenso. *Método:* Se diseñó la “Encuesta sobre la experiencia del manejo clínico del TDAH” y se aplicó a 78 expertos en TDAH colombianos (psiquiatras infantiles y neuropediatras). *Resultados:* Los profesionales informaron acerca del perfil de sus pacientes y del proceso de evaluación y manejo clínico del TDAH. El tratamiento de elección generalmente es el metilfenidato, acompañado de la modificación de la conducta y, en muy pocas ocasiones, de otras terapias. El 52% de los pacientes no termina la evaluación inicial o no regresa para el seguimiento durante el primer año. El seguimiento de los casos de TDAH se dificulta por diferentes causas, entre ellas las relacionadas con el sistema de salud y la información de los medios de comunicación. La escasa adherencia al tratamiento puede deberse, en parte, a los prejuicios de los padres sobre el TDAH y su tratamiento. *Conclusión:* La encuesta mostró la tendencia actual de manejo del TDAH de los profesionales colombianos y las limitaciones para seguir el tratamiento de estos pacientes en Colombia.

Palabras clave: trastorno por déficit de atención con hiperactividad, consenso, tratamiento, prejuicio, Latinoamérica.

Title: Findings from a Survey on ADHD Clinical Management Experience

¹ Médico(a) psiquiatra infantil. Docente de psiquiatría, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Miembro del Grupo de Investigación en Psiquiatría (GIPSI) y de la Liga Latinoamericana para el Estudio del TDAH (LilapeTDAH).

² Médico psiquiatra infantil. Miembro de la Liga Latinoamericana para el Estudio del TDAH (LilapeTDAH). Docente de psiquiatría, Universidad del Bosque, Bogotá, Colombia.

³ Médico psiquiatra infantil. Docente de psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

⁴ Médico neuropediatra. Docente de neuropediatría, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Abstract

Introduction: Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD) treatment must be adapted to the needs and resources of Latin America, and to achieve this, it is suggested that a consensus for the ADHD approach and management of be made in each country. *Objective:* to describe the opinion of the Colombian professionals about clinical management of ADHD in order to make a base document for a future consensus. *Method:* A "Survey on ADHD Clinical Management Experience" was designed and applied to 78 Colombian ADHD specialists (child psychiatrist and neurologists). *Results:* These specialists informed on the profiles of their patients, as well as the assessment and clinical management of ADHA Methylphenidate is generally the chosen treatment, combined with behavioral changes, and with other therapies in a few cases. About 52% of patients do not finish the initial evaluation or drop out during the first year. The follow-up of ADHD cases is difficult due to different causes, among these those related to the health care system and media information. Poor treatment compliance may be due, in part, to the parents' prejudice against ADHD and its treatment. *Conclusions:* This survey showed the current trend regarding the clinical management of ADHD among the Colombian specialist, and some limitations in the follow-up of these patients in Colombia.

Key words: Attention deficit-hyperactive disorder, consensus, treatment, prejudice, Latin America.

Introducción

En el mundo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (1) es la patología más común en la población pediátrica (5,29%), y aunque no hay diferencias significativas en la prevalencia del TDAH entre países (2), los pacientes latinoamericanos con TDAH y sus

familias sí tienen un perfil demográfico, sintomatológico y de respuesta a tratamiento diferentes (3).

Las propuestas de consensos de expertos (3-13) y las guías de manejo de TDAH (9,14-19), realizadas en países desarrollados, han permitido establecer unas pautas y algoritmos de manejo mundial; no obstante, es necesario ajustar estos conocimientos a un panorama latinoamericano. Para ello se han hecho reuniones de expertos en América Latina y quizás la mejor muestra fue el Consenso Latinoamericano de TDAH, en ciudad de México, el cual produjo los algoritmos de manejo del TDAH para Latinoamérica (13;20-23), todo esto con el ánimo de traducir los conocimientos internacionales en propuestas para Latinoamérica. Se necesita continuar el estudio del tema para lograr un mayor acercamiento a la realidad de cada país; todo con el fin de precisar los abordajes y tratamientos, así como de estudiar la aplicabilidad de dichas propuestas.

Para conocer si estas propuestas pueden ajustarse a nuestra realidad local, es conveniente realizar un inventario sobre la experiencia de los profesionales en cuanto proceso diagnóstico, tener alguna aproximación a la capacidad para atender a la población y empezar a reconocer las limitaciones que tienen los pacientes con TDAH para continuar en un seguimiento. Conocer este perfil de paciente, las condiciones psicoso-

ciales y las limitaciones para asistir a las consultas permitirá desarrollar mejores abordajes de manejo y, a su vez, generar un diseño de medidas de salud pública, ajustadas a nuestras necesidades (24).

Objetivo

Describir la opinión de los profesionales colombianos sobre el manejo clínico del TDAH, a partir de la aplicación de una encuesta de opinión.

Materiales y método

La *Encuesta sobre la experiencia del manejo clínico del TDAH* fue diseñada por los autores y, luego, sometida a una prueba piloto con nueve sujetos para depurar las preguntas. Se obtuvo una encuesta de 118 preguntas distribuidas así: 9 sobre identificación del profesional; 68 sobre epidemiología, diagnóstico, subtipos y comorbilidades y presentación clínica, y, finalmente, 41 preguntas sobre el tratamiento, seguimiento de los pacientes, dificultades para el seguimiento y los prejuicios del tratamiento del TDAH. Las preguntas de la encuesta se dividen en cuatro modalidades:

1. Preguntas sobre el perfil del paciente que atiende el profesional, características demográficas y diagnósticas (*i. e.*: edades, subtipos, comorbilidades del TDAH).
2. Preguntas relacionadas con el número de pacientes en los cuales el profesional haría

o aplicaría una determinada evaluación (o un manejo), por ejemplo: “¿En cuántos pacientes con TDAH escolares usted indica un tratamiento farmacológico como monoterapia?”.

3. Preguntas según el grado de acuerdo con una determinada frase o concepto, por ejemplo: “Señale de 1 a 9, ¿en qué grado está Usted de acuerdo con la combinación de metilfenidato y clonidina, para el manejo del TDAH?”.
4. Preguntas abiertas para completar (“de libre respuesta”), por ejemplo: “¿Qué tipo de prejuicios acerca de las medicaciones por parte de los padres encuentra Usted con mayor frecuencia en su práctica clínica?”, o “¿qué tipo de combinación de medicaciones realiza Usted con mayor frecuencia?”.

La encuesta fue aplicada a 78 profesionales colombianos (psiquiatras infantiles y neuropediatras) que asistieron en febrero del 2008 a un evento nacional sobre el TDAH, en Santa Marta, Colombia, de los cuales 55 completaron y devolvieron la encuesta.

Análisis de datos

Para describir los resultados se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión, como promedios, porcentajes y desviaciones estándar. Entre tanto, para describir a los profesionales participantes de la

encuesta se usaron medidas de frecuencia absoluta y porcentajes. En el análisis de la encuesta se tomaron las respuestas cuantitativas sobre la frecuencia de eventos y el número de pacientes con TDAH descritos por los profesionales, con sus subtipos o comorbilidades. En otros casos se emplearon los promedios de las respuestas de intervalos del 1 al 9, según el número de pacientes o la opinión del profesional (“de acuerdo o en desacuerdo”, “apropiado o inapropiado”). Véase el Anexo de calificación.

Algunas preguntas de libre respuesta (abiertas) fueron transcritas a las bases de datos y luego asignadas por grupos según sus características. Por ejemplo, para la pregunta “¿qué tipo de prejuicios acerca de las medicaciones encuentra usted con mayor frecuencia en su práctica clínica?”, algunas respuestas como: “parecen zombis”, “afecta el desarrollo cognitivo”, “enlentece el pensamiento”, “se ponen lentos”, “los embota”, entre otras, se agruparon en una categoría llamada “tonto-lento-zombi”. Cuando no hubo un número suficiente de respuestas para generar representatividad en algunas preguntas, estas se excluyeron del análisis.

Resultados

Se recogieron 55 encuestas (70,5% del total) llenadas por 28 neurólogos y 27 psiquiatras. Se excluyó una de las encuestas del análisis por dejar varias preguntas sin respuesta.

Perfil del profesional

La mayoría de los profesionales tienen entrenamiento formal en el área infantil (91%), y los demás profesionales son neurólogos o psiquiatras generales que trabajan un volumen importante de sus consultas con niños y adolescentes. Los profesionales participantes (34 hombres y 21 mujeres) trabajan en diferentes ciudades de Colombia, entre las que se incluyen Bogotá (52%), Medellín (22%) y otras (26%), como Armenia, Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Cartagena, Manizales y Villavicencio.

El promedio de entrenamiento en el área infantil de los profesionales es de 33,7 meses (DE: 13,6), y el promedio de experiencia es de 13,5 años (DE: 10), distribuidos por grupos, así: con experiencia menor a los cinco años (16%), entre 5 y 10 años (34%) y más de 10 años (50%). El grupo de profesionales distribuye su tiempo de trabajo entre el sector público (estatal), 35,2%; el trabajo particular (privado), 50,6%, y otras actividades, 14,1%, como trabajo en investigación o con fundaciones.

Consultas del profesional

Los profesionales tienen un promedio mensual de consultas de 220 (DE: 147,6), y sólo el 20% de ellos hace más de 300 consultas al mes. El promedio mensual de pacientes es de 192 (DE: 138), con un porcentaje de

pacientes nuevos al mes de un 29% (9%-49%). La gran mayoría de los profesionales tiene 30 a 40 minutos por consulta (59%), incluso algunos tienen 45 minutos o más (21%). Tan sólo el 15% cuentan con 20 o 25 minutos.

Población de consulta

La población que asiste a consulta con *cualquier diagnóstico* presenta las siguientes características: predominan varones (58,4%); la mayoría son escolares (6-11 años), con el 40%; seguido de preescolares (<5,9 años), con el 25%; en un menor grado atienden adolescentes y adultos (24,6% y 10%, respectivamente).

Población con TDAH

Los profesionales colombianos reportan que de todos los pacientes nuevos que ven al mes, el 32,4% (DE: 18,3) presentan *diagnóstico de TDAH*, y en esos pacientes la proporción por género es de 3 a 1 (a favor de los varones). Según los grupos de edad, los pacientes con TDAH en sus consultas están

repartidos así: preescolares, con el 15%; escolares, con el 55,5%; adolescentes, con el 26,2%, y adultos, con el 3,6%. Hay un predominio del subtipo combinado en los hombres y de predominio inatención en las mujeres (Tabla 1).

Los casos provienen, en una proporción importante, remitidos por el colegio (60%). La mayoría de los casos son remitidos por problemas de conducta (70%), y el resto, por bajo rendimiento académico (21%) o problemas en casa (8%).

Evaluación y diagnóstico de TDAH

Sobre el tema del procedimiento y el abordaje apropiado para el diagnóstico de TDAH, la mayoría de los profesionales (75%) considera que se necesitan un mínimo de tres citas para realizar una evaluación apropiada y el diagnóstico de TDAH, y sólo el 25% de los profesionales consideran que se necesitan cuatro o más citas.

Para el proceso de evaluación y diagnóstico, la gran mayoría (85%)

Tabla 1. Subtipos de TDAH

Subtipo del TDAH	Hombres (%)*	Mujeres (%)*
Combinado	51,80	16,60
Predominio hiperactivo-impulsivo	40,70	1,85
Predominio inatención	8,30	81,50

* Porcentaje en promedio de los casos que los profesionales estiman en su consulta.

opina que es necesaria la información de los padres y los profesores (y no de una sola fuente). “¿En cuántos pacientes utiliza usted alguna escala psicométrica de síntomas o severidad para apoyar el diagnóstico y/o el seguimiento del paciente con TDAH?”, el 60% de los profesionales señaló que la utilizan en la mayoría de los pacientes.

“En su opinión, en Colombia, ¿quiénes están capacitados para realizar el diagnóstico de TDAH?”. La mayoría de los encuestados opinan que los profesionales aptos para esto son principalmente los psiquiatras infantiles y neurólogos infantiles; mientras que la minoría está de acuerdo con que otros profesionales realicen el diagnóstico: psiquiatras generales (34,5%), neuropsicólogos (38,2%), psicólogos clínicos (38,2%), neurólogos generales (20%) y psicopedagogos (16,4%). Finalmente, sólo el 18,2% de los profesionales está de acuerdo con que los pediatras puedan hacer el diagnóstico de TDAH.

Exámenes diagnósticos complementarios y remisiones

En cuanto a la realización de exámenes de laboratorio, la gran mayoría no los utiliza de manera rutinaria; ninguno de los profesionales solicita electroencefalograma (EEG) ni tomografía axial computarizada (TAC) ni exámenes de sangre para todos los pacientes. Sólo el 9% de los profesionales solicita el EEG a una tercera parte de sus pacientes, y únicamente el 5% de los profesionales solicita un TAC a una tercera parte de sus pacientes. La solicitud de exámenes como hemoleucograma y pruebas tiroideas tiene la misma tendencia.

Se encontró que los profesionales encuestados, en general, remiten o trabajan en conjunto con otros profesionales, principalmente terapeuta ocupacional y psicólogos (Tabla 2).

Comorbilidad del TDAH

Se preguntó por las comorbilidades, con preguntas de respuesta

Tabla 2. Remisión a otros profesionales

Profesional	Remisión (%)*
Terapeuta ocupacional	51,0
Psicólogo	46,0
Neuropsicólogo	36,7
Psicopedagogo	31,4
Fonoaudiólogo	24,0
Terapeuta de familia	23,9
Pediatra	9,1
Fisiatra	4,8

* Porcentaje de casos que son potencialmente remitidos a otros profesionales (o trabajo conjunto con otros profesionales).

abierta: “En su opinión, ¿cuáles son las cuatro comorbilidades que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con TDAH?”, y en otro apartado se solicitó colocar el porcentaje en frente de unos trastornos enunciados: “En su opinión, ¿qué porcentaje de pacientes escolares con TDAH presentan las siguientes comorbilidades?”. Los resultados pueden apreciarse en las tablas 3 y 4.

Comorbilidad con sustancias de abuso o dependencia

“¿Cuáles son las cuatro sustancias psicotrópicas que abusan los pacientes con TDAH?”. Los profesionales encuestados consideran que

son alcohol, cigarrillo, marihuana (THC) y cocaína. En la Tabla 5 se relacionan las nueve sustancias en el orden de frecuencia para cada grupo de edad.

Tipo de tratamiento para el TDAH

Se preguntó a los profesionales por el uso de las terapias más recomendadas en los algoritmos internacionales: “¿En cuántos pacientes con TDAH preescolares usted indica... un tratamiento farmacológico como monoterapia?, ¿...modificación de la conducta como monoterapia?, ¿...combinación de farmacoterapia con modificación de la conducta?”, para comparar los porcentajes de estas tres modalidades (Tabla 6).

Tabla 3. Principales comorbilidades del TDAH

Preescolares (<5,9 años)	Escolares (6-11 años)	Adolescentes (12-17 años)	Adultos (>18 años)
T. oposicionista desafiante	T. aprendizaje	Depresión	Depresión
T. ansiedad	T. oposicionista desafiante	T. oposicionista desafiante	T. uso de sustancias
T. aprendizaje	Depresión	T. disocial de la conducta	T. ansiedad
Depresión	T. ansiedad	T. ansiedad	T. aprendizaje
T. disocial de la conducta	T. disocial de la conducta	T. aprendizaje	T. disocial de la conducta
T. del sueño	Retardo mental	T. uso de sustancias	T. afectivo bipolar
Dispraxia	Epilepsia	T. afectivo bipolar	T. obsesivo-compulsivo

Tabla 4. Comorbilidad en escolares (6-11 años)

Psiquiátrica	%	Neurológica	%	Aprendizaje	%	Médica	%
T. oposicionista desafiante	39,3	Epilepsia	10,5	Bajo rendimiento académico	53,3	Asma	14,3
Depresión	24,0	Trastorno de coordinación	24,2	Dificultades con la escritura	36,8	Alergias	23,5
T. ansiedad	22,8	Dispraxia	24,0	Dificultades con la lectura	35,0	Obesidad	8,2
T. disocial de la conducta	18,6	Trastorno del lenguaje	18,8	Dificultades con la ortografía	32,8	Hipertiroidismo	3,0
Enuresis	15,6	Trastornos del sueño	18,3	Dificultades con el calculo	22,8	Diabetes mellitus	0,9
Otra comorbilidad	15,2	Cefaleas	13,1	Otra comorbilidad*	1,7	VIH	0,6
T. afectivo bipolar	12,0	Tics	8,7			Otra comorbilidad*	0,3
T. obsesivo-compulsivo	11,7	Guilles de la Tourette	3,8				
TEPT	7,2	Otra comorbilidad*	2,1				
Abuso sexual	7,2						

* Se refiere a otra comorbilidad del mismo grupo, pero que no aparecía en la lista.

Tabla 5. Principales sustancias psicoactivas de uso y/o abuso

Adolescentes (12-17 años)	Adultos (>18 años)
Alcohol	Alcohol
Cigarrillo	Cigarrillo
THC	Cafeína
Cocaína	Cocaína
Inhalantes	THC
Cafeína	Éxtasis
Popper	Basuco
Basuco	Inhalantes
Éxtasis	PBC

THC: tetrahidrocanabinol (marihuana), inhalantes de cualquier tipo, cocaína=presentación pura, basuco=sulfato de cocaína, éxtasis=pastillas, PBC=pasta básica de cocaína.

Tabla 6. Elección de modalidad de tratamiento

Tratamiento	Preescolares (%)	Escolares (%)	Adolescentes (%)	Adultos (%)
Modificación de conducta (sola)	49,2	14,6	12,1	5,6
Medicación (sola)	9,7	20,9	24,1	44,5
Combinación de las dos modalidades	41,1	64,5	63,8	49,9

Elección del agente farmacológico

Se preguntó a los profesionales si consideran apropiado el uso de una determinada medicación para el TDAH, según diferentes grupos de edades y subtipos. El 80% de los profesionales empezaría con el metilfenidato de liberación inmediata (MFD) como primer fármaco en el tratamiento del TDAH (ese sería el tratamiento de elección para la mayoría de los pacientes). Sólo una minoría de profesionales considera que otros fármacos diferentes al MFD puedan ser de primera línea.

“¿Qué tan apropiado es el uso de X medicación para el tratamiento de escolares o adolescentes con TDAH?”. En la escala de 1 a 9 (1=extremadamente inapropiado y 9= extremadamente apropiado), los profesionales consideran que el MFD es muy apropiado (8,4), la atomoxetina (ATMX) es parcialmente apropiada (5,2) y, por último, calificaron al bupropion (3,9) y el modafinilo (2,1) (véase el Anexo).

“¿Qué tipo de mezclas de medicaciones realiza usted con mayor frecuencia?”. El 83,7% de los profesionales combinan medicaciones en el tratamiento del TDAH (aunque no en todos sus pacientes); usan la combinación de dos medicaciones en el 24% de los casos, y tres medicaciones en la minoría de los casos (14%). La combinación se realiza con el MFD más otra medicación,

como risperidona (59,1%), anti-depresivos (ATC o ISRS) (18,2%), clonidina (6,8%) y, en menor grado, otras compuestos como MFD OROS, bupropion, carbamazepina y ATMX. La mayoría de los profesionales no está de acuerdo con el uso de combinaciones específicas, como MFD y clonidina o MFD e imipramina.

“¿Está usted de acuerdo con el enunciado ‘el MFD es un factor protector para uso de sustancias Psicoactivas (USP)’?”. El 47% está totalmente de acuerdo con esta aseveración, y un 25% no está de acuerdo. Al preguntar si creen que otra medicación (sin mencionar alguna en especial) pueda prevenir el USP, sólo el 22% concordó con ello.

Otras terapias

Otras terapias adicionales a la medicación (MN), la modificación de la conducta (MC) y a la combinación de ambas (CMB), recomendables para el tratamiento del TDAH, fueron la terapia ocupacional (25,8%), el apoyo psicopedagógico (18,5%), la terapia de familia (9,9%), la escuela de padres (9,9%), la psicoeducación a padres y maestros (10%), la fonoaudiología (7,2%) y la terapia cognitivo-conductual (4,6%).

Seguimiento del TDAH

“En su práctica clínica, ¿cuál es el promedio de citas de seguimiento que usted puede llevar a cabo *real-*

mente de un paciente diagnosticado con TDAH, en el primer año?”. La gran mayoría (63%) respondió que en la práctica tienen menos de siete citas por año y que *lo ideal* serían 11,4 citas por año (DE: 8,5).

Una vez que se indica un tratamiento farmacológico en cualquier niño con TDAH, el 19,6% de los profesionales tiende a continuarlo durante un año, el 41,2% lo continuarían hasta por tres años y el 39,2% opina que el tratamiento farmacológico se debe continuar durante más de tres años.

De los pacientes que acuden por primera vez a consulta, una cuarta parte aproximadamente no completa el proceso de evaluación. Esta es una situación mayor en el ámbito público

(36,3%) que en el privado (18,5%). Igualmente, de los que sí completan la evaluación, una cuarta parte dejan de asistir durante el primer año de seguimiento. Existen diversos motivos para explicar por qué dejan de asistir los pacientes a las consultas.

Los profesionales creen que en algunos casos son por dificultades en autorización de citas o la autorización de terapias (por las entidades promotoras de salud [EPS]) (véase Tabla 7). Otros profesionales se refirieron a la disponibilidad irregular del MFD en el país; este medicamento es manejado exclusivamente por el Fondo Nacional de Estupefacientes de Colombia y, en ocasiones, hay escasez en todos los centros de suministro hasta durante tres meses, lo que se convierte

Tabla 7. Limitaciones para el seguimiento del tratamiento para el TDAH*

Causas de abandono y/o pobre seguimiento	Profesionales (%)**
Pobre convicción de los padres sobre el proceso	31,0
Dificultades en autorización de citas y terapias (EPS)	30,2
Las opiniones de otras personas	29,5
Influencia negativa de los medios de comunicación	28,2
Costo de la medicación (y acceso a esta)***	25,2
Costo de la consulta	21,3
Dificultad de acceso o limitaciones geográficas	17,2
Dificultad para asistir en los horarios de atención	14,6

* Resultado de una encuesta a profesionales expertos en TDAH. Pregunta de la encuesta: “si usted tiene pacientes que dejan de asistir al seguimiento durante el primer año, ¿por cuáles motivos cree usted que esto sucede?”

** Importante: este es el porcentaje de profesionales que refiere estas posibles limitantes para el seguimiento de los casos, y no el porcentaje de casos que dejan de asistir por esa causa.

*** Aquí se incluyen los comentarios de los profesionales acerca de la escasez del MFD en Colombia, (distribución a cargo del Fondo Nacional de Estupefacientes).

en una barrera importante para la continuidad del tratamiento.

Finalmente, los profesionales colombianos perciben en las familias *prejuicios* que pueden estar relacionados con la pobre aceptación y futura adherencia a los tratamientos farmacológicos. Son considerados prejuicios, pues realmente no son efectos de la medicación (Tabla 8).

Discusión

Existen diversas modalidades de consenso; en algunas de ellas un panel

elabora un manuscrito y lo presenta en una reunión de expertos para discutir diversos temas y acordar sobre estos. Nuestro trabajo está basado tan sólo en la realización de una encuesta de opinión y no ha sido sometido a un trabajo posterior de revisión con el grupo de profesionales. Antes de tomar en consideración cualquier conclusión sobre los resultados, se debe aclarar que todas las respuestas están ligadas a la opinión y subjetividad de los encuestados, y no deben tomarse como datos objetivos de la práctica clínica de los profesionales colombianos acerca del TDAH.

Tabla 8. Posibles prejuicios de los padres frente a la medicación*

Prejuicios (creencias)	Profesionales (%)**
Creen que crea dependencia	25,0
Creen que emboba o los dopa	14,8
Creen que causa daño cerebral	6,0
Creen que causa daño cardiovascular	5,1
Creen que lo volverá tonto-lento-zombi***	4,2
Creen que el medicamento es tóxico****	2,8
Creen que le produce adicción	2,8
Creen que el TDAH es temporal	2,8
Creen que lo estigmatizaran en el colegio	1,8
Creen que le causará la muerte súbita	1,4

* Resultado de una encuesta a profesionales expertos en TDAH. Pregunta de la encuesta: "¿Qué tipo de prejuicios acerca de las medicaciones encuentra usted con mayor frecuencia en su práctica clínica?".

** Importante: este es el porcentaje de profesionales que ha detectado estos prejuicios en los padres de los pacientes con TDAH. No corresponde al porcentaje de efectos secundarios causados por alguna medicación.

*** Esta categoría se refiere al temor que tienen los padres a que el medicamento los vuelva tontos, los vuelva lentos para su desempeño o les cause algún efecto parecido a estar como zombis.

**** En esta categoría se reúnen otras ideas acerca del daño potencial que los padres creen que tiene la medicación.

Esta es una muestra representativa de los profesionales pues corresponde al 77,4% de los psiquiatras infantiles, y al 60,4% de los neuropediatras del país, quienes además cuentan con un promedio de experiencia importante. Por lo general, los profesionales cuentan con suficiente tiempo de consulta; sin embargo, aquí no se discriminó el tiempo de trabajo en el ámbito público o en el privado.

Por la opinión de los profesionales, se conoce el perfil de la población consultante con TDAH. La comorbilidad (Tabla 4) es baja si se compara con la experiencia de poblaciones en Latinoamérica (25-27) y en otros países (3,16). A pesar de reconocer que son metodologías diferentes y que no deben ser comparadas, consideramos que son bajos y no encontramos una razón que pueda explicarnos esto. Como se aclaró anteriormente, esta es una encuesta de opinión y no un trabajo epidemiológico de campo; por lo tanto, no se pueden sacar conclusiones firmes al respecto.

Considerando que la población colombiana es de 42 millones de habitantes, de los cuales 13 millones son menores de 14 años de edad y que el porcentaje de TDAH es de al menos 6% (1), Colombia tendría en la actualidad un número aproximado de 749.940 niños con TDAH (28), es decir, no es posible asegurar una cobertura de estos niños con el número actual de profesionales (neuropedia-

tras y psiquiatras infantiles), y por esta razón es relevante considerar un entrenamiento a otros profesionales para evaluar y diagnosticar TDAH, especialmente a los pediatras.

Diferentes guías y algoritmos de tratamiento del TDAH sugieren un manejo para los casos leves con MC como monoterapia, y para los casos moderado-severo la combinación de esta con la MN (3,6,15,16). En la encuesta encontramos una tendencia importante a utilizar la CMB en la mayoría de los grupos etéreos, con excepción de los preescolares, población en la que se prefiere la MC como monoterapia.

Esta pregunta se formuló refiriéndose al tratamiento de un paciente “promedio”, es decir, en cuanto a la severidad de los casos que asisten a la consulta (“ni el más leve, ni el más severo de los casos”). En cuanto a la población de adultos, sólo la mitad de los profesionales respondieron sobre el tratamiento en ellos (al parecer esta no es una consulta común), y quienes respondieron utilizarían por igual la MN y la CMB.

Al igual que en otros países, los profesionales en Colombia eligen el MFD como una medicación de primera línea (3,4,6,7,9,10,17,19). La ATMX es considerada por muchos como medicación de segunda línea. Para otras medicaciones (bupropion y modafinilo) hubo una opinión desfavorable sobre su uso.

La combinación de dos o tres medicaciones es una medida aproximada, y poco precisa, y creemos que varía de acuerdo con las poblaciones que cada uno maneja, en términos de severidad, pues posiblemente los profesionales que enfrentan casos más severos tendrán situaciones de refractariedad con la monoterapia y deberán recurrir a la combinación. Sobre las combinaciones, es llamativa la tendencia a utilizar el MFD más un antipsicótico atípico; sin embargo, reconocemos como limitación importante que se preguntó de manera muy general acerca de las combinaciones, sin especificar el tipo de severidad del paciente, ni el subtipo ni su comorbilidad. Creemos que este tema amerita un espacio especial en una próxima reunión de consenso.

De manera llamativa, se encontró una baja propuesta de otras terapias diferentes a la MN y MC; particularmente se esperaban porcentajes mayores en propuestas como la psicoeducación a padres y maestros, la escuela de padres, que de hecho están en muchas de las guías y algoritmos (3,6,15,16). Abordar el tema con otro tipo de pregunta podría ser interesante, tal como se hizo con comorbilidad, por ejemplo: “¿en cuántos de sus pacientes indica usted X terapia?”, pues nuestra impresión es que se podrían obtener cifras mayores. Es importante profundizar en este tema, para conocer si existen limitaciones ajenas a los profesionales para recomendar estas alternativas.

Sabemos que este trabajo es innovador, pues explora las posibles limitaciones que encuentran los pacientes para la evaluación inicial para el diagnóstico y el seguimiento. Aunque es una medida indirecta, se encontró que de cada 100 pacientes que asisten a la consulta público (estatal), se estima que sólo 48 terminan la evaluación y continúan el seguimiento durante el primer año. Se intentó con la encuesta explorar las posibles razones que se interponen en este proceso.

Si bien las familias y pacientes dejan de asistir por innumerables razones, aquí se recogieron las que los profesionales perciben (el medio, las EPS, el Fondo Nacional de Estupefacientes, los padres, etc.), y aunque son razones “conocidas”, no se habían recopilado como se hizo en esta encuesta. Es importante que se realicen estudios prospectivos locales, acerca del seguimiento de estos pacientes, y las posibles limitaciones para la continuación de los tratamientos.

Una vez publicado este artículo, se promoverá una reunión con los colegas colombianos para discutir estos resultados y fomentar nuevas actividades que nos permitan profundizar en este tema.

Limitaciones

Este es el resultado tan sólo de una encuesta y no es un resultado de una consulta o análisis en conjunto de

los profesionales; por lo tanto, deben tomarse con precaución los enunciados de este reporte. La extensión de la encuesta de 118 ítems y la metodología en sí pueden causar ciertas limitaciones en algunos temas, como el caso de la adherencia y los prejuicios, pues estos temas tuvieron preguntas abiertas y aparecieron al final de la encuesta, lo cual exigió un esfuerzo de los participantes, y desafortunadamente hubo respuestas sin completar.

Se deben tomar con precaución algunas respuestas sobre prejuicios del tratamiento del TDAH por los diferentes significados. Cuando un padre dice que no quiere un tratamiento, porque las pastillas “crean adicción”, puede ser entendido de diferentes maneras, por ejemplo, que las medicaciones se necesitan durante un tiempo prolongado, que la medicación induce a un riesgo de uso de sustancias nocivas o que los padres interpretan que a largo plazo sus hijos abusarán de las medicaciones. Aquí se tiene la opinión de los profesionales, pero sería importante conocer la opinión de los familiares y los profesores frente a los prejuicios y concepciones, para comprender mejor este tema de cumplir el tratamiento.

Algunas preguntas en la encuesta no fueron comprendidas. Esto puede suceder, porque no estaban bien elaboradas, por presentarse a múltiples interpretaciones de acuerdo con la subjetividad de los encuestados y

otras tantas razones. Sabemos que hay fallas en la encuesta, que esperamos sean mejoradas en un futuro.

Conclusiones

Más allá de evaluar los conocimientos de los profesionales y cuantificar si están actualizados en el tema, esta encuesta pretende conocer qué hacen ellos en la práctica clínica con sus pacientes con TDAH, y ciertas tendencias de abordaje y manejo. La encuesta también permite explorar las posibles dificultades que se presentan para un adecuado seguimiento, lo cual es un tema relevante para los países latinoamericanos, pues los pacientes que asisten a nuestra consulta tienen un perfil demográfico, etiológico y clínico diferente de otras regiones, así como una respuesta distinta al tratamiento.

Este es un estudio pionero en Latinoamérica, que impulsará el desarrollo de nuevas propuestas locales y muy posiblemente estimulará trabajos en la región. Es recomendable llevar a cabo este tipo de encuestas, no sólo a los expertos en TDAH, sino también a padres, profesores y otros profesionales de la salud, para conocer ampliamente el fenómeno del TDAH en Latinoamérica, incluidos aspectos relacionados con el tratamiento y el seguimiento.

Agradecimientos

Los autores agradecen de manera especial, a todos sus colegas colombianos,

por su colaboración y paciencia para diligenciar la encuesta. Algunos colegas pidieron no ser incluidos en esta lista de participantes: Zulma Hernández Rodríguez, Orlando Carreño Moreno, Adonilson Julio de la Rosa, Gabriel Vargas Cuadros, Germán Casas, Ómar Fernando Salazar C., Roberto Chaskel, Hernando Díaz A., Harold Martínez Pedraza, David Antonio Pineda Salazar, Óscar Raúl Rosero Ocaña, Manuel Benítez del Hierro, Jaime Carrizosa Moog, Leonardo Palacios Sánchez, Lourdes Bello Espinosa, Ana Luisa García Arias, Nury Mancilla Gómez, Álvaro Izquierdo Bello, María Teresa Obando, Angélica Uscategui D., Víctor Manuel Rozo H., María Fernanda Lengua O., María Alejandra Soto Trujillo, Adolfo Álvarez, Carlos Alberto Mora Ruiz, Eugenia Espinosa, Óscar Rengifo Ramos, Claudia Natasha Sinesterra Paz, Graciela del Pilar Guerrero Ruiz, Nicolás Laza Gutiérrez, Carmenza Ricardo R., Olga Albornoz, Sandra Piñeros Ortiz, Hernán Giraldo, Paula Fernández de Soto, Walter Pontón, Rodrigo Muñoz, Rafael Vásquez, Christian Muñoz Farías, Diana Botero Franco, Jorge Hernán Acosta, Luis Carlos Núñez López, Elizabeth Treillos, Carlos Medina Malo, Álvaro E. Osorio y Juan David Palacio.

Referencias

1. Polanczyk G, Silva M, Lessa H, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analyses. *Am J Psychiatry*. 2007;164:942-8.
2. Polanczyk G, Rhode L, Szobot C, Schmitz M, Montiel-Nava C, Bauermeister J. ADHD treatment in Latin America and the Caribbean. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(6):721-2.
3. AACAP. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(7):894-921.
4. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence based clinical practice guideline for outpatient evaluation and management of attention deficit/hyperactivity disorder [en internet]. Cincinnati: Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2004 [2009 March 5]. URL available from: <http://www.cincinnatichildrens.org/health/info/mental/diagnose/adhd.htm>.
5. Hughes CW, Emslie GJ, Crismon ML, Wagner KD, Birmaher B, Geller B, et al. The Texas Children's Medication Algorithm Project: report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Major Depressive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Nov;38(11):1442-54.
6. Kendall T, Taylor E, Pérez A, Taylor C. Guideline Development Group. Diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in children, young people, and adults: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2008;24(337):a1239-doi: 10.1136/bmj.a1239.
7. Ministry of Health. New Zealand Guidelines for the assessment and treatment of attention deficit/hyperactivity disorder [en internet]. 2001 [cited 2009 May 5]. URL available from: [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/82f4780aa066f8d7cc2570bb006b5d4d/4e1c3cddf420.bcaecc256a8e007f12d9/\\$FILE/ADHDGuidelines.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/82f4780aa066f8d7cc2570bb006b5d4d/4e1c3cddf420.bcaecc256a8e007f12d9/$FILE/ADHDGuidelines.pdf).
8. NIH Consensus Statement. Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder [en internet]. NIH Consensus Statement Online 1998 Nov 16-18. <http://consensus.nih.gov/1998/1998AttentionDeficitHyperactivityDisorder110html.htm>. 1998 [cited 2008 Jan 20];16(2):1-37.
9. Pliszka S, Crismon ML, Hughes CW, Corners CK, Emslie GJ, Jensen PS, et al. The Texas Children's Medication Algorithm Project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(5):642-57.

10. Remschmidt H. Global consensus on ADHD/HKD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2005;14:127-37.
11. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people [en internet]. Edinburgh: A National Clinical Guideline; 2001 [cited 2009 May 5]. URL available from: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/52/index.html>
12. Taylor E, Döpfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, et al. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder -- first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13 Suppl 1:17-30.
13. Barragán-Pérez E, Peña-Olvera F, Ortiz-León S, Ruiz-García M, Hernández-Aguilar J, Palacios-Cruz L, et al. Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2007;64(5):326-43.
14. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAACAP*. 1997;36 Suppl.:85S-121S.
15. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: treatment of the school-age child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2001;108:1033-44.
16. Kutcher SP, Aman MG, Brooks S, Buitelaar J, Van Daalen E. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2004;14(11):28.
17. National Institute for Health and Clinical Excellence. Methylfenidate, atomoxetine and dexamfetamine for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. Review of technology appraisal 13 [en internet]. *Technology Appraisal* 98; 2006 [cited 2009 May 5]. URL available from: <http://www.nice.org.uk/TA098>.
18. Pliszka SR, Greenhill LL, Crismon ML, Sedillo A, Carlson C, Connors CK, et al. The Texas Children's Medication Algorithm Project: Report of the Texas consensus conference panel on medication treatment of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000 Jul;39(7):908-19.
19. University of Michigan Health System. Attention-deficit hyperactivity disorder. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2005.
20. Barragán-Pérez E, de la Peña F. Primer Consenso Latinoamericano y declaración de México para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en Latinoamérica. *Rev Med Hondur*. 2008;76:33-8.
21. Barragán-Pérez E, de la Peña F. 1er Consenso Latinoamericano de TDAH-Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. México: Intersistemas; 2008.
22. De la Peña F, Barragán-Pérez E. Trabajo del I Consenso Latinoamericano del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Psiquiatría*. 2007;23(S-2):1-69.
23. De la Peña F, Ruiz M, Romano P, Barragán-Pérez E, Beltrán R, Rivera C, et al. Recuerdos de Mendoza: publicación de información científica sobre los trabajos del II Consenso Latinoamericano del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Mendoza; 2009.
24. Ponce Carmona J, Valdés A, Palacio JD, Villegas O, Belfort E, Camarena E, et al. Marco jurídico y políticas públicas en Latinoamérica en relación al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Psiquiatría*. 2007;23(S-2):64-9.
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Revised ed. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
26. Cornejo J, Osio O, Sánchez Y, Carrizosa J, Sánchez G, Grisales H, et al. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Colombian children and teenagers. *Rev Neurol*. 2005;40(12):716-22.
27. Pastura G, Mattos P, Prufier de Queiroz, Campos A. Prevalência do transtorno

do déficit de atenção e hiperatividade e suas comorbidades em uma amostra de escolares. Arq Neuropsiquiatr. 2008;65(4a):1078-83.

28. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyección de población colombiana, 2006-2020. Bogotá: DANE; 2009.

Conflicto de interés: los autores manifestamos que no tenemos ningún conflicto de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 14 de abril del 2009
Aceptado para publicación: 17 de julio del 2009

Correspondencia
Juan David Palacio
Facultad de Medicina
Universidad de Antioquia
Calle 67 No. 53-108
Medellín, Colombia
tdahcartagena@gmail.com

Anexo 1. Hoja de claves para las respuestas

Algunas preguntas están diseñadas para responder con un número del 1 al 9, según el número de pacientes o según su opinión si está de acuerdo o en desacuerdo con el enunciado o si le parece apropiado o inapropiado el enunciado en la pregunta. A continuación se explica cada una de ellas.

Número de pacientes

Para las siguientes preguntas señale con una X alguna de las casillas del número del 1 al 9:

En ningún paciente	1 2 3 4 5 6 7 8 9	En todos los pacientes
9	En todos los pacientes	
7-8	En la gran mayoría de los pacientes	
6	En más de la mitad de los pacientes	
5	En la mitad de los pacientes	
4	En menos de la mitad de los pacientes	
2-3	Sólo en una minoría de los pacientes	
1	En ningún caso	

Acuerdo con el enunciado

Para las siguientes preguntas señale con una X alguna de las casillas del número del 1 al 9:

Completamente en desacuerdo	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Completamente de acuerdo
9	Completamente de acuerdo con la apreciación	
7-8	De acuerdo con la apreciación	
4-6	Acuerdo parcial con la apreciación. Está de acuerdo, pero no en todos los casos. De acuerdo en la mitad de los casos	
2-3	En desacuerdo con la apreciación	
1	Completamente en desacuerdo con la apreciación	

Tratamiento apropiado

Extremadamente inapropiado	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Extremadamente apropiado
9		Extremadamente apropiado: este es su tratamiento de elección
7-8		Apropiado: es el tratamiento que usted usa como primera línea
4-6		Parcialmente apropiado: es un tratamiento de segunda línea o que usted usaría en ciertas ocasiones (por ejemplo: preferencia por el paciente o su familia, o cuando el tratamiento de primera línea no es efectivo, no está disponible o está contraindicado)
2-3		Inapropiado: un tratamiento que usted usa en muy raras ocasiones
1		Extremadamente inapropiado: aquel tratamiento que usted nunca usaría