

Estudio piloto de metilfenidato y entrenamiento a padres en el tratamiento de niños con trastorno por déficit de atención-hiperactividad

C. Montiel-Nava^a, J.A. Peña^b, G. Espina-Mariñes^a, M.E. Ferrer-Hernández^a,
A. López-Rubio^a, S. Puertas-Sánchez^a, J.J. Cardozo-Durán^c

A PILOT STUDY OF METHYLPHENIDATE AND PARENT TRAINING IN THE TREATMENT OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HIPERACTIVITY DISORDER

Summary. Objective. *This study gives information about a parent training program and a clinical trial with a stimulant drug (methylphenidate) to reduce the symptoms of attention deficit hiperactivity disorder (ADHD) in a group of children in Venezuela. Patients and methods. 24 children, aged between 6 and 10 years and diagnosed as having ADHD, identified in ADHD screening days, were randomly assigned to two groups of treatment: parent training and a stimulant drug (methylphenidate). Results. Both groups showed an improvement in their symptoms, to different degrees, after treatment. The differences were statistically significant, as evaluated by their parents, regarding the symptoms of inattention, hyperactivity and impulsivity. The teachers observed a significant improvement for the medication group with respect to the symptoms of hyperactivity and impulsivity, but no change in the inattention, whilst in the parent training group there was only significant difference in the ADHD index. There was no difference in the effectiveness of the two types of treatment. Conclusions. When the two programs of treatment were compared it was observed that both parent training and psychostimulant medication were effective in reducing the symptoms of ADHD. Although there was no difference in the effectiveness of the two programs, there was a tendency for medication to be more effective. [REV NEUROL 2002; 35: 201-5]*

Key words. ADHD. Methylphenidate. Parent training. Stimulant medication.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención-hiperactividad (TDAH) se ha caracterizado como un trastorno del desarrollo del autocontrol, conformado por dificultades en el intervalo de atención, control de los impulsos y exceso de actividad motora [1,2]. Estos síntomas deben estar presentes antes de los 7 años y causar suficiente deterioro e interferencia en las actividades diarias del niño [1].

A través de la revisión de la bibliografía disponible se evidencia que sólo tres tratamientos se han validado como eficaces a corto plazo para el manejo del TDAH: modificación de conducta, estimulantes del sistema nervioso central (SNC) y la combinación de ambos [3-6]. Este trabajo sólo hará referencia a los dos primeros.

El tratamiento farmacológico con estimulantes es la opción más ampliamente utilizada, no sólo por la eficacia, sino por ser menos costosa y con efectos positivos a más corto plazo [7,8]. Su utilidad se ha comprobado en estudios comparativos, y se ha determinado repetidamente que su eficacia es superior al placebo [9,10]. Desde un 70 hasta un 80% de los niños tratados con estimulantes responden positivamente; el resto, generalmente, o no responde o muestra efectos secundarios graves [11].

Los tratamientos psicosociales para niños con TDAH incluyen entrenamiento a padres, intervenciones en el salón de clases y, menos frecuentemente, entrenamiento en autocontrol. En este estudio se hará referencia al entrenamiento a padres, que, generalmente, se realiza en forma grupal, con frecuencia semanal y una duración de 6-20 sesio-

nes. Estos entrenamientos deben seguir un modelo de aprendizaje social, para entrenar a los padres en el manejo de sus niños con TDAH [2]. Los tratamientos conductuales para niños con TDAH, que incluyen el entrenamiento a padres, han mostrado eficacia en ayudar a las familias a manejar el problema del niño y a realizar los cambios necesarios para optimizar el funcionamiento familiar [5,6,12].

A pesar de las diversas investigaciones que dan soporte a su eficacia, se encuentra que las intervenciones psicosociales, que incluyen el entrenamiento a padres, poseen ciertas limitaciones, y la más sobresaliente es que no normaliza a los niños con TDAH y conserva mediciones de posprueba alrededor de una desviación típica por encima de la media [7]. Una minoría sustancial de niños, que podría compararse a la proporción de niños que no responden a la medicación, no muestra mejoría [7]. Observaciones realizadas en los hogares indican que los padres pueden disminuir conductas inadecuadas de sus niños en un 20-60%; en ocasiones, esta mejoría sólo la comunican los padres y no sus profesores [13].

El estudio de tratamiento multimodal de niños con TDAH [5,6], que ha sido el mayor estudio comparativo en cuanto a la eficacia de los diversos tratamientos en el manejo de niños con TDAH, encontró que el tratamiento combinado (medicación más intervenciones psicosociales) y el de sólo medicación mostraron mejores resultados que los niños que participaron en tratamiento conductual intensivo y comunitario; el grupo de medicación mostró mejores resultados que el grupo combinado en los síntomas principales del TDAH [5,6].

La bibliografía venezolana referente a este síndrome escasea. En un estudio acerca de la prevalencia del TDAH, se estimó que un 7,19% de niños venezolanos manifiestan suficientes síntomas para recibir un diagnóstico de TDAH [14].

A pesar de que más de 150 estudios comparativos [15] muestran la eficacia de los psicoestimulantes en el manejo de los síntomas del TDAH, en nuestro país no se ha realizado ningún ensayo de medicación u otra alternativa terapéutica. Se ha propuesto que la cultura es uno de los factores que influyen en la expresión de los síntomas en el TDAH, y la respuesta a las intervenciones

Recibido: 26.02.02. Aceptado tras revisión externa sin modificaciones: 08.07.02.

^a Unidad de Investigación del Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad. ^b Posgrado de Neurología Pediátrica. ^c Unidad de Neuroanatomía. Hospital Universitario de Maracaibo. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

Correspondencia: Dra. Cecilia Montiel Nava/Dr. Joaquín A. Peña. MCO: 3047. PO Box 025233. Miami, FL, 33102-5233 USA. Fax: 582 717920526. E-mail: cmontiel@iamnet.com

© 2002, REVISTA DE NEUROLOGÍA

terapéuticas puede mediar por factores inherentes al ambiente donde el niño se desenvuelve [16-18].

Este estudio tuvo como objetivo determinar la eficacia de la medicación estimulante y un programa de entrenamiento a padres para la disminución de los síntomas de TDAH en una muestra de niños marabinos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Sujetos

Se reclutó a un total de 24 sujetos que cumplieron los criterios diagnósticos del DSM-IV para el TDAH. Este grupo de 24 niños tenían un margen de edad entre los 6 y 10 años, con una media de 7 años. Un 33% correspondían al sexo femenino (n= 8), mientras que un 67% eran varones (n= 16).

Todos los niños participaron en unas jornadas de cribado del TDAH, consistentes en una evaluación sistemática y multimodal que incluyó escalas de comportamiento, historia de desarrollo, escala de inteligencia abreviada y pruebas de aprovechamiento académico. Todos los niños fueron evaluados por un neuropediatra y un psicólogo infantil, quienes realizaron una entrevista a uno de los padres (generalmente la madre), acerca del comportamiento del niño, y al niño. Padres y profesores completaron las escalas de puntuación que medían las conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad en el niño.

Para incluirlos en el estudio, los niños debían reunir criterios diagnósticos para el TDAH y tener una puntuación de 1,5 desviación típica por encima de la media para las subescalas de falta de atención, hiperactividad-impulsividad, y DSM-IV total en alguna de las dos versiones administradas de las escalas de Conners (padres o profesores); también, un CI igual o superior a 70. Los síntomas eran suficientemente graves como para interferir y deteriorar su funcionamiento diario.

En el momento de comenzar la intervención terapéutica, ningún niño cumplía criterios diagnósticos para un trastorno profundo en el desarrollo, retraso mental o alguna alteración sensorial. Adicionalmente, como criterio de inclusión, se consideró que el niño no debía haber recibido tratamiento con estimulantes ni psicológico con anterioridad. Una vez culminada la evaluación, los niños se asignaron aleatoriamente a cada condición experimental (manejo psicofarmacológico y entrenamiento a padres).

Todos los padres firmaron el consentimiento informado, y los niños asintieron verbalmente para su participación en el estudio.

Instrumentos

- *Escala Conners revisada, para padres, versión larga* [19]. Para niños y adolescentes entre 3 y 17 años de edad, consta de 80 ítems agrupados en 14 subescalas; miden conductas observables que reflejan problemas de comportamiento, específicamente TDAH y síntomas asociados a éste.
- *Escala Conners revisada, para profesores, versión larga* [19]. Consta de 59 ítems. Las subescalas son las mismas de las escalas de padres, con la excepción de la subescala de problemas psicosomáticos, que no se incluye en esta versión. En ambas versiones (padres y profesores) el formato es de autoadministración. Se califica en una escala Lickert cuyos anclajes son 0 y 3, donde 0 se corresponde con 'raramente', 1 'ocasionalmente', 2 'frecuentemente', y 3 'muy frecuentemente'. Estas escalas se normalizaron en una muestra venezolana [17].
- *Escala Wechsler para niños, 3.ª edición (WISC-III)*. A cada niño se le calculó su cociente intelectual (CI) global con la versión abreviada de la combinación de las subpruebas vocabulario y diseño de cubos de la escala de inteligencia para niños de Wechsler, 3.ª edición [20]. Se ha demostrado que estas dos escalas ofrecen un estimado válido y certero de la habilidad intelectual del niño. Varios estudios han mostrado una correlación superior al 0,90 entre el CI global y el CI calculado a través de la administración de las subpruebas de vocabulario y diseños de cubos [21, 22].
- *Aprovechamiento académico*. Se realizó un cribado de lectura, escritura y aritmética con las subpruebas de escritura y operaciones numéricas del test de aprovechamiento académico de Wechsler (WIAT) [23]; para la lectura se utilizó una lista de palabras de acuerdo a la escolaridad del niño.
- *Historia de desarrollo*. Se diseñó una lista de chequeo para identificar problemas durante el embarazo, en el parto y en el desarrollo del niño.
- *Cuestionario de estrategias de manejo de niños dentro del hogar*. Cuestionario diseñado para este estudio con el objetivo de medir los conocimientos de los padres acerca de las estrategias de manejo conductual de sus niños antes y después de administrado un programa de entrenamiento. El formato

Tabla I. Línea base y datos demográficos de la muestra.

Variable	Medicación –media (DE)–	Entrenamiento –media (DE)–	U	p
Demográficas				
Edad	7,16 (0,94)	7,92 (1,32)	50	NS
Grado	1,91 (0,90)	2,46 (1,19)	53	NS
Tamaño de la muestra	12	12		
Intelectual/académicas				
Cociente intelectual	92,25 (15,64)	99,31 (20,68)	65	NS
Cálculo	90,25 (14,89)	94,15 (13,95)	64,50	NS
Lectura	0,49 (0,47)	0,96 (0,09)	33	0,005
Escritura	102,58 (29,66)	119,46 (26,41)	53,50	NS
Conners (padres)				
Índice de TDAH (H)	77,75 (4,47)	76,23 (6,62)	76,50	NS
Desatención (L)	78,75 (5,31)	74,92 (6,55)	56	NS
Hiperactividad-impulsividad (M)	74,58 (8,91)	73,54 (9,35)	76,50	NS
Total DSM-IV (N)	78,83 (4,97)	76,46 (4,54)	65,50	NS
Conners (profesores)				
Índice de TDAH (H)	72,20 (6,19)	68,92 (7,99)	44	NS
Desatención (L)	71,3 (7,59)	70 (6,6)	48,50	NS
Hiperactividad-impulsividad (M)	70,1 (8,96)	65,67 (13,75)	50	NS
Total DSM-IV (N)	72,7 (6,16)	68,08 (7,5)	36,50	NS

U: prueba de Mann-Whitney; DE: desviación estándar; NS: no significativo.

era una escala de tipo Lickert, constituida por 12 preguntas de selección simple, y cada pregunta tenía cuatro opciones de respuestas. La puntuación mínima era de 0 puntos y la máxima 36. A mayor puntuación, mayor conocimiento de prácticas de enseñanza.

Procedimiento

Grupodemedicación

La medicación se tituló con relación a la eficacia clínica y a los efectos secundarios comunicados. Se siguió el protocolo de titulación sugerido por el proyecto Texas de algoritmo de medicación para niños [24]. Todos los niños comenzaron con una dosis diaria de 10 mg, dividida en 5 mg por la mañana y 5 mg al mediodía. Semanalmente, se realizaba una llamada telefónica, en la que se preguntaba, con una lista de chequeo, acerca de los efectos secundarios, y se administraba a los padres la versión abreviada de la escala de Conners, que mide los criterios diagnósticos del DSM-IV para el TDAH. Con esta referencia, se ajustaba la dosis o se dejaba igual. El punto de corte para encontrar la dosis apropiada para cada niño era que estuviera dentro de los límites normales en las tres escalas de Conners (falta de atención, hiperactividad-impulsividad y DSM-IV total), y ausencia de efectos secundarios. Éstos se midieron por una lista de chequeo.

Este procedimiento de titulación duró cuatro semanas; se continuó la medicación durante dos semanas más, y se utilizó la dosis establecida para la cuarta semana. En total, los niños se medicaron durante seis semanas consecutivas.

Entrenamiento a padres

Los padres asistieron a seis sesiones semanales de 3 horas de duración cada una, de formato grupal. Al comienzo del programa de entrenamiento se hizo entrega de un manual que contenía toda la información pertinente. El fundamento teórico de este programa de entrenamiento se centró en los planteamientos de Barkley [2,25], Forehand y Long [26], Webster-Stratton y Herbert [13] y del MTA [5,6]. En las sesiones semanales se cubrieron los siguientes contenidos:

Tabla II. Medidas preprueba y posprueba de ambos grupos experimentales.

Variable	Preprueba -media (DE)-	Posprueba -media (DE)-	T	p
Entrenamiento a padres				
Conners (padres)				
Índice de TDAH (H)	76,26 (6,62)	61 (9,9)	-3,112	0,002
Desatención (L)	74,92 (6,65)	61,76 (8,79)	-3,041	0,002
Hiperactividad-impulsividad (M)	73,54 (9,35)	60,31 (12,26)	-2,83	0,005
Total DSM-IV (N)	76,46 (4,54)	61,92 (8,28)	-3,181	0,001
Conners (profesores)				
Índice de TDAH (H)	68,92 (7,99)	62,5 (13,38)	-2,137	0,033
Desatención (L)	70 (6,6)	65,42 (13,38)	-1,906	NS
Hiperactividad-impulsividad (M)	65,67 (13,75)	60,17 (15,45)	-1,584	NS
Total DSM-IV (N)	68,08 (7,5)	63,17 (10,89)	-1,649	NS
Medicación				
Conners (padres)				
Índice de TDAH (H)	77,75 (4,47)	55,50 (13,93)	-2,944	0,003
Desatención (L)	78,75 (5,31)	58,66 (14,96)	-2,904	0,004
Hiperactividad-impulsividad (M)	74,58 (8,91)	57,25 (14,79)	-2,669	0,008
Total DSM-IV (N)	78,83 (4,97)	58,75 (14,25)	-2,83	0,005
Conners (profesores)				
Índice de TDAH (H)	72,20 (6,19)	63,4 (12,06)	-2,244	0,025
Desatención (L)	71,3 (7,59)	65,9 (9,18)	-1,893	NS
Hiperactividad-impulsividad (M)	70,01 (8,96)	58,3 (13,58)	-2,191	0,028
Total DSM-IV (N)	72,7 (6,16)	63,7 (11,28)	-2,075	0,038

T: prueba T de Wilcoxon; DE: desviación estándar; NS: no significativo.

- 1. Información general acerca del TDAH.** Este módulo tuvo como objetivo que los padres conocieran los aspectos básicos del trastorno. Específicamente, se les brindó información acerca del diagnóstico, etiología, datos epidemiológicos, curso del trastorno, problemas y síntomas asociados y estrategias de tratamiento más frecuentemente empleadas.
- 2. Modelo de aprendizaje social.** Módulo dirigido a brindar a los padres información acerca de la forma en que los niños aprenden, el ABC de la conducta o triple relación de contingencia. Identificar comportamientos para aumentar conductas positivas y disminuir conductas negativas. Dentro de este módulo, se hizo énfasis en el establecimiento de reglas en la casa, establecimiento del tiempo especial con los niños, refuerzo, dar órdenes, tiempo fuera, manejo fuera de la casa y elaboración de tablas de puntos.
- 3. Ayuda con deberes escolares.** Se les ofreció a los padres información de cómo ayudar a sus hijos en el desempeño de los deberes escolares, cómo ayudarlos a organizar la información y el material a estudiar.
- 4. Contacto con el colegio.** En este módulo se les brindó a los padres información de cómo mantener una buena relación con los profesores y personal administrativo de la escuela, y poder monitorizar la ejecución académica del niño.

Al comenzar el programa se repartió una encuesta que tuvo como objetivo medir el conocimiento que los padres poseían acerca de técnicas y estrategias para el manejo de sus hijos. Igualmente, para mantener las condiciones experimentales idénticas, se administró semanalmente la escala abreviada de Conners.

RESULTADOS

El objetivo del presente estudio se dirigió a comparar la eficacia de dos programas de tratamiento: medicación psicoestimulante (metilfenidato) y un programa de entrenamiento a padres para la disminución de los síntomas del TDAH.

Como paso previo a cualquier comparación, se determinó la equivalencia de ambos grupos en las variables demográficas y las diferentes medidas dependientes antes de iniciar el tratamiento. La tabla I muestra las puntuaciones obtenidas para cada variable en cada grupo experimental, así como los resultados de la prueba de U de Mann-Whitney, realizada para determinar si existían diferencias entre ambos grupos. Los resultados indican que ambos grupos son equivalentes en cuanto a la presencia de síntomas del TDAH, identificados mediante las escalas H (índice de Conners de TDAH), L (falta de atención-DSM-IV), M (hiperactividad-impulsividad-DSM-IV) y N (TDAH DSM-IV total), tanto para padres como profesores. Los grupos fueron también equivalentes en CI, edad, escolaridad, escritura y cálculo. Para la subprueba de lectura, las puntuaciones indicaron diferencias significativas entre ambos grupos ($p = 0,005$); se evidenció que los niños pertenecientes al grupo de entrenamiento a padres tuvieron un mejor desempeño que los del grupo de medicación en esta subprueba.

Al comenzar la administración de los protocolos de tratamiento ambos grupos poseían características similares en las variables objeto de estudio.

Para determinar la eficacia del programa de entrenamiento a padres y del protocolo de medicación estimulante en la disminución de síntomas del TDAH, se empleó la prueba no paramétrica T de Wilcoxon para intervalos con signos de pares comparados, para comparar las medidas preprueba y posprueba en los cuestionarios para padres y profesores (Tabla II).

Eficacia de un programa de entrenamiento a padres

Con la utilización como medida dependiente de la versión de padres de la escala de Conners, se observaron mejorías significativas para el índice de Conners del TDAH, que identifica a niños con riesgo de TDAH ($T = -3,112$, $p = 0,002$); los síntomas de falta de atención ($T = -3,041$, $p = 0,002$), de hiperactividad-impulsividad ($T = -2,830$, $p = 0,005$) y en la totalidad de síntomas del DSM-IV relacionados con TDAH ($T = -3,181$, $p = 0,001$), indican así disminución de los síntomas de TDAH posterior a la administración del programa de entrenamiento a padres.

Para este mismo grupo de tratamiento, se realizó la misma comparación estadística con la utilización como medida dependiente de la versión de profesores de la escala de Conners (Tabla II). Se observaron diferencias significativas para el índice de Conners del TDAH, que identifica niños con riesgo de TDAH ($T = -2,137$, $p = 0,033$). Para los síntomas de falta de atención, hiperactividad-impulsividad y DSM-IV total no hubo diferencias significativas, a pesar de que las medias de las puntuaciones son más elevadas en la preprueba que en la posprueba.

Antes de comenzar el programa de entrenamiento, se administró un cuestionario diseñado para este estudio con el objetivo de medir cambios en los conocimientos generales sobre estrategias de modificación de conducta y manejo de los hijos dentro del hogar. Una vez finalizado el entrenamiento, se readministró el cuestionario. Se observó una diferencia significativa ($p = 0,001$) entre ambas administraciones, que indicaba que los padres aumentaron sus conocimientos relacionados con el manejo de sus hijos tras su participación en un programa de entrenamiento a padres.

Eficacia de un protocolo de medicación psicoestimulante (metilfenidato)

Al comparar medidas de preprueba y posprueba para el grupo de tratamiento que recibió medicación psicoestimulante, se observó disminución de síntomas en el índice de Conners de TDAH ($T = -2,944$, $p = 0,003$); la escala de falta de atención ($T = -2,904$, $p = 0,004$), la escala de hiperactividad-impulsividad ($T = -2,669$, $p = 0,008$), la escala DSM-IV total ($T = -2,830$, $p = 0,005$), indicaban así disminución de los síntomas de TDAH posterior a la administración del protocolo de medicación psicoestimulante.

Al utilizar como medida dependiente los informes de los profesores, se encontró disminución de los síntomas en el índice de Conners de TDAH ($T = -2,944$, $p = 0,025$), la escala de hiperactividad-impulsividad ($T = -2,191$, $p = 0,028$) y la escala DSM-IV total ($T = -2,075$, $p = 0,038$). Para los síntomas de falta de atención no hubo diferencias significativas entre ambas mediciones.

El registro anecdótico semanal de los efectos secundarios asociados al uso del metilfenidato reveló que los síntomas más frecuentemente comunicados fueron: pérdida del apetito y problemas a la hora de dormirse. Sin embargo, estos problemas sólo alcanzaron una magnitud de 'leve' y únicamente durante las dos primeras semanas de tratamiento. La presencia de efectos secundarios no causó la suspensión del tratamiento en ninguno de los casos.

Comparación de la eficacia de un programa de entrenamiento a padres y un protocolo de medicación psicoestimulante

Una vez definida la eficacia de ambos tratamientos por separado, se procedió a la comparación de los mismos con la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney (Tabla III). Se observó que, de acuerdo al informe de padres y profesores, no hubo diferencias significativas en las medidas dependientes, al comparar ambos programas de tratamiento, lo que indicaba que los dos eran igualmente eficaces.

DISCUSIÓN

La idea central de este estudio se centró en la determinación de la eficacia de dos modalidades de tratamiento en la disminución de síntomas de TDAH en niños venezolanos.

La eficacia de nuestro programa de entrenamiento para padres se refleja en las valoraciones referentes a los síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Posteriormente a la participación en el programa de entrenamiento, las conductas asociadas al TDAH alcanzaron intervalos promedios. De la misma forma, este programa de entrenamiento produjo disminución de síntomas según el informe de los profesores; sin embargo, no fue suficientemente significativa. Es frecuente que los padres observen cambios en el hogar y estos cambios no se hayan generalizado a otros ambientes, con inclusión de la escuela [13]. Adicionalmente, se ha comunicado que el entrenamiento a padres puede disminuir las conductas problemáticas, pero es posible que no normalice el comportamiento de niños con TDAH [7].

Como parte del análisis de los resultados, la administración de un cuestionario que media conocimientos de estrategias de manejo en el hogar mostró que posteriormente a la participación en el programa de entrenamiento, los conocimientos de los padres acerca de las estrategias adecuadas para el manejo de sus hijos con TDAH aumentaron significativamente. Esto indica que para que un tratamiento basado en un entrenamiento a padres sea eficaz, es esencial que haya un incremento del aprendizaje de estrategias adecuadas y reestructurar la manera general de tratar a sus hijos [25,27].

La medicación estimulante, como se ha comunicado en la bibliografía, es eficaz en la disminución de los síntomas del TDAH según los informes de padres y profesores [5,6,28]. La mejoría más notoria fue en los síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad, de acuerdo al informe de los padres; los profesores notificaron mejorías, pero no para los síntomas de falta de atención. El grupo de medicación mostró un desempeño más bajo en el área de la lectura, razón que podría explicar la ausencia de mejorías significativas en esta área; las dificultades académicas pueden interpretarse como problemas de atención por parte de los profesores [17].

Se ha comunicado que entre un 50 y un 67% de los niños que reciben medicación psicoestimulante mejoran significativamente [4]; en este estudio, el 83% de los niños disminuyeron notablemente los síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad.

Tanto en el grupo de entrenamiento a padres como en el de medicación hubo discrepancias entre la valoración de los padres y la de los profesores. Para ambos informantes, los niños obtuvieron ganancias en cuanto a la disminución de la sintomatología del TDAH, pero en diferentes grados. Esta discrepancia entre informantes se ha observado en diversos estudios; también se ha señalado que para niños menores como los de esta muestra, la conver-

Tabla III. Comparación de la efectividad de ambos programas de tratamiento.

Variable	Medicación -media (DE)-	Entrenamiento -media (DE)-	U	p
Conners (padres)				
Índice de TDAH (H)	55,50 (13,9)	61,0 (9,19)	57	NS
Desatención (L)	58,66 (14,96)	61,76 (8,79)	64	NS
Hiperactividad-impulsividad (M)	57,25 (14,7)	60,30 (12,25)	60	NS
Total DSM-IV (N)	58,75 (14,2)	61,92 (8,28)	63	NS
Conners (profesores)				
Índice de TDAH (H)	63,40 (12,06)	62,5 (13,38)	55,5	NS
Desatención (L)	65,90 (9,18)	65,42 (8,49)	56	NS
Hiperactividad-impulsividad (M)	58,30 (13,58)	60,17 (15,45)	59	NS
Total DSM-IV (N)	63,7 (11,28)	63,17 (10,89)	57,5	NS

U: prueba de Mann-Whitney; DE: desviación estándar; NS: no significativo.

gencia entre padres y profesores en el momento de evaluar a los niños no es tan evidente como en niños mayores [17,29,30-32]. Se observa que la descripción de los padres revela niveles de mejoría más elevados que la de los profesores. Ambos comunicados se consideran válidos y representativos de las diferencias conductuales ocasionadas por los diversos contextos e interacciones del niño.

Al comparar ambos programas de tratamiento, se evidencia que tanto el entrenamiento a padres como la medicación psicoestimulante son tratamientos eficaces para la disminución de los síntomas del TDAH. A pesar de que no existen diferencias entre la eficacia de ambas intervenciones, se observa una tendencia a que la medicación sea más eficaz. Existe un cúmulo de estudios que demuestran la superioridad de la medicación sobre las intervenciones psicosociales en niños con TDAH [5-7,15].

Nuestro estudio posee algunas limitaciones. Primordialmente, el proceso de muestreo influyó notablemente. Los niños se reclutaron a través de unas jornadas de cribado de TDAH; los casos identificados fueron en su mayoría graves, y con otro tipo de psicopatología asociada. Hubo niños con problemas académicos, oposicionismo y diversos problemas de conducta, que se incluyeron en la muestra, y los programas de tratamiento no ofrecieron soluciones para estos otros problemas. Por otro lado, el tamaño de la muestra era pequeño, circunstancia que limita considerablemente la generalización de los hallazgos. Igualmente, se utilizó como variables dependientes la valoración de los profesores, sin ofrecerles a ellos ningún tipo de información; por ello, para estudios futuros se debería considerar la inclusión de otra variable de intervención, donde se ofreciera entrenamiento a los profesores.

Este comunicado constituye la primera descripción de la eficacia de estas intervenciones terapéuticas en niños venezolanos diagnosticados con TDAH. Debe considerarse como un estudio preliminar, que ofrece soporte a la tesis de los efectos positivos de intervenciones psicosociales y psicofarmacológicas en niños con TDAH.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. Barkley R. ADHD and the nature of self-control. New York: The Guilford Press; 1997.
3. Richters JE, Arnold LE, Jensen P, Abikoff H, Conners CK, Greenhill

- LL, et al. NIMH collaborative multisite multimodal treatment study of children with ADHD: I. Background and rationale. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 987-1000.
4. Pelham WE. Pharmacotherapy for children with attention-deficit hyperactivity disorder. *School Psychol Rev* 1993; 22: 199-227.
 5. The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1073-86.
 6. The MTA Cooperative Group. Moderators and mediator of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1088-96.
 7. Pelham WE, Wheeler T, Chronis A. Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Child Psychol* 1998; 27: 190-205.
 8. Klassen BA, Miller A, Raina P, Lee S, Olsen, L. Attention-deficit hyperactivity disorder in children and youth: a quantitative systematic review of the efficacy of different management strategies. *Canad J Psychiatry* 1999; 44: 1007-16.
 9. Gadow KD, Nolan EE, Sverd J, Sprafkin J, Paolicelli L. Methylphenidate in aggressive-hyperactivity boys. I. Effects on peer aggression in public school settings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 710-8.
 10. Hinshaw SP. Academic underachievement, attention deficits, and aggression: comorbidity and implications for intervention. *J Consul Clin Psychol* 1992; 60: 893-903.
 11. Pliszka SR, Carlson CL, Swanson JM. ADHD with comorbid disorders. Clinical assessment and management. New York: The Guilford Press; 1999.
 12. Miranda-Casas A, Soriano-Ferrer M, Presentación-Herrera MJ, Gargallo-López B. Intervención psicoeducativa en estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol Clin* 2000; 1: 203-16.
 13. Webster-Stratton C, Herbert M. Troubled families-problem children. Working with parents: a collaborative process. West Sussex, UK: John Wiley & Son; 1994.
 14. Montiel C, Peña JA, López M, Salas M, Zuruga J, Montiel-Barbero I, et al. Estimados de prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos. Análisis preliminar. *Rev Neurol* [en proceso].
 15. Connor DF, Barkley RA, Davis HT. A pilot study of methylphenidate, clonidine, or the combination in ADHD comorbid with aggressive oppositional defiant or conduct disorder. *Clin Pediatr (Phila)* 2000; 39: 15-25.
 16. Narbona J. Alta prevalencia del TDAH, ¿niños trastornados o sociedad maltrecha? *Rev Neurol* 2001; 32: 229-31.
 17. Montiel-Nava C, Peña JA. Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. *Rev Neurol* 2001; 32: 506-11.
 18. Bird H, Gould M, Yager T, Staghezza B, Canino G. Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 847-50.
 19. Conners K. Conners' rating scales-Revised. Technical manual. New York: Multi-health system, Inc.; 1997.
 20. Wechsler D. WISC-III. Wechsler Intelligence Scale for Children. 3 ed. Manual. The Psychological Corporation. S. Antonio: Harcourt Brace; 1991.
 21. Satler JM. Assessment of children. WISC-III y WPPSI-R supplement. San Diego, California: Jerome M Satler, Publisher, Inc.; 1992.
 22. Wechsler D. WISC-R Manual. Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised. New York: The Psychological Corporation; 1974.
 23. The Psychological Corporation. WIAT. Wechsler Individual Achievement Test. S. Antonio: Harcourt Brace; 1991.
 24. Pliszka SR, Greenhill LL, Crismon ML, Sedillo A, Carlson C, Conners CK. The Texas Children's Medication Algorithm Project: Report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Part II: Tactics. *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 920-7.
 25. Barkley R. Taking charge of ADHD-Revised edition. New York: The Guilford Press; 2000.
 26. Forehand R, Long N. Parenting the strong-willed child. The clinically proven five-weeks program for parent of two to six year old. Lincolnwood, IL: Contemporary Books; 1996.
 27. Forehand R, McMahon R. Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training. New York: Guilford Press; 1981.
 28. Greenhill LL. Stimulant medication. NIH Consensus development conference on diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 1998.
 29. Stanger C, Lewis M. Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behavior problems. *J Clin Child Psychol* 1993; 22: 107-15.
 30. Bird HR, Gould MS, Staghezza B. Aggregating data from multiple informants in child psychiatry epidemiological research. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 31: 78-85.
 31. Mitsis EM, McKay KE, Schulz KP, Newcorn JP, Halperin JM. Parent-teacher concordance for DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder in a clinic-referred sample. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 308-13.
 32. Jensen PS, Rubio-Stipec M, Canino G, Bird HR, Dulcan MK, Schwab-Stones ME, et al. Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary? *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 1569-79.

ESTUDIO PILOTO DE METILFENIDATO Y ENTRENAMIENTO A PADRES EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN-HIPERACTIVIDAD

Resumen. Objetivo. Este estudio comunica la eficacia de un programa de entrenamiento a padres y un ensayo clínico con medicación estimulante (metilfenidato), en la disminución de síntomas de trastorno por déficit de atención-hiperactividad (TDAH) en una muestra de niños venezolanos. Pacientes y métodos. 24 niños, con edades entre 6 y 10 años, con diagnóstico de TDAH, identificados en unas jornadas de cribado de TDAH, se asignaron aleatoriamente a los dos grupos de tratamiento: entrenamiento a padres y medicación estimulante (metilfenidato). Resultados. Ambos grupos mostraron reducción de síntomas al finalizar la fase de intervención terapéutica en diferentes grados. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas para las valoraciones de los padres en ambos grupos, en los síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Las valoraciones de los profesores mostraron disminución de síntomas significativos en el grupo de medicación para las medidas de hiperactividad e impulsividad, pero no para las de falta de atención, mientras que para el grupo de entrenamiento a padres sólo hubo diferencias significativas en el índice de TDAH. No hubo diferencia en cuanto a la efectividad de ambas intervenciones. Conclusiones. Al comparar ambos programas de tratamiento, se observa que tanto el entrenamiento a padres como la medicación psicoestimulante son tratamientos efectivos para la disminución de los síntomas del TDAH. A pesar de que no existen diferencias entre la efectividad de ambas intervenciones, se observa una tendencia a que la medicación sea más efectiva. [REV NEUROL 2002; 35: 201-5]

Palabras clave. Entrenamiento a padres. Medicación estimulante. Metilfenidato. TDAH.

ESTUDO PILOTO DO METILFENIDATO E FORMAÇÃO DE PAIS NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO POR DÉFICE DE ATENÇÃO-HIPERACTIVIDADE

Resumo. Objetivo. Este estudo dá informação da eficácia de um programa de formação de pais e um ensaio clínico com medicação estimulante (metilfenidato) na diminuição dos sintomas da perturbação por défice de atenção-hiperactividade (PDAH) numa amostra de crianças venezuelanas. Doentes e métodos. 24 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, com diagnóstico de PDAH, identificados numas jornadas de despiste de PDAH, distribuídas aleatoriamente entre dois grupos de tratamento: formação de pais e medicação estimulante (metilfenidato). Resultados. No final da intervenção terapêutica, os dois grupos mostraram redução dos sintomas em graus diferentes. Estas diferenças foram estatisticamente significativas para as avaliações dos pais em ambos os grupos nos sintomas de falta de atenção, hiperactividade e impulsividade. As avaliações dos professores mostraram diminuição dos sintomas significativos para o grupo tratado farmacologicamente quanto à hiperactividade e à impulsividade, mas não quanto à falta de atenção, enquanto que para o grupo da formação de pais, apenas se observaram diferenças significativas no índice de PDAH. Não houve diferença quanto à eficácia de ambas as intervenções. Conclusões. Ao comparar ambos os programas de tratamento, observa-se que tanto a formação dos pais, como a medicação psico-estimulante constituem tratamentos eficazes para a diminuição dos sintomas da PDAH. Embora não existam diferenças na eficácia das duas intervenções, observa-se uma tendência para a maior eficácia da terapêutica farmacológica. [REV NEUROL 2002; 35: 201-5]

Palavras chave. Formação de pais. Medicação estimulante. Metilfenidato. PDAH.