

XVI Curso Internacional de Actualización en Neuropediatría y Neuropsicología Infantil

Valencia, 6-7 de marzo de 2014

1.

Respuesta inadecuada al tratamiento farmacológico actual para el TDAH: cambio en la estrategia terapéutica

Mulas F, Gandía R, Roca P, Ros G, Ortiz P, Díaz M

Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica (INVANEP). Valencia.

Introducción. El arsenal terapéutico para el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) lo conforman dos grupos de fármacos: estimulantes y no estimulantes. Acorde con lo establecido en las guías de práctica clínica, la elección de uno u otro dependerá de las características concretas de cada paciente. En ocasiones encontramos que no existe una respuesta adecuada o tenemos una respuesta insuficiente a las medicaciones actuales. El dimesilato de lisdexanfetamina (LDX) es un nuevo fármaco estimulante, eficaz en el control de los síntomas de TDAH, aún no comercializado en España. **Objetivo.** Establecer los motivos que promovieron el cambio de tratamiento a LDX a juicio del clínico en una muestra limitada de pacientes. **Pacientes y métodos.** Análisis descriptivo retrospectivo de historias clínicas de pacientes del Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica (INVANEP) que presentaron falta de respuesta o respuesta inadecuada al arsenal terapéutico actual para el tratamiento del TDAH comercializado en España y fueron cambiados a LDX a juicio del clínico (uso compasivo conforme con lo expresado en el Real Decreto 1015/2009). Se analizaron datos demográficos, motivo del cambio, escala de valoración para el

TDAH (ADHD-RS), medida de la salud percibida (CHIP-AE) y eventos adversos. **Resultados.** Se analizaron 26 historias clínicas. Datos demográficos: edad media, $13,6 \pm 3,1$ años; peso, $53,8 \pm 18,1$ kg; talla, $159,0 \pm 17,3$ cm; índice de masa corporal, $20,5 \pm 3,4$. Medicación previa antes del cambio: metilfenidato OROS, 40%; metilfenidato de liberación modificada 50/50, 28%; liberación modificada 30/70, 16%; atomoxetina, 8%, y otros, 8%. La media de latencia y amplitud del potencial evocado P300 fue, respectivamente, $328,6 \pm 37,2$ y $15,0 \pm 6,6$. Como principal motivo del cambio se estableció (no excluyentes): falta de intensidad en el efecto, 68%; falta de cobertura, 76%, y eventos adversos, 16%. **Conclusiones.** En nuestro análisis, el cambio a LDX en busca de una mejora sintomática fue por la falta de intensidad en el efecto y la falta de cobertura del tratamiento actual.

2.

Percepción de los problemas del mundo actual y alta capacidad intelectual

Pascual-Sufrate MT, Lozano-Herce R, Santarén-Rosell M

Universidad de La Rioja. Logroño.

Introducción. Existe una significativa falta de investigaciones sobre la percepción del mundo actual, y sus problemas, en escolares con alta capacidad intelectual. Los escasos resultados conocidos muestran una conciencia cognitiva y social avanzada, con una percepción del mundo actual más global y realista respecto al grupo de edad, con elementos de pesimismo y preocupación hacia su futuro, aunque

con propuestas creativas de resolución.

Objetivos. Conocer la percepción del mundo actual entre escolares de alta capacidad intelectual, comparativamente con su grupo de edad de capacidad intelectual media; conocer transversalmente si hay diferencias en la percepción en distintas edades de la infancia, y conocer su perspectiva de futuro. **Sujetos y métodos.** Los participantes fueron 40 niñas y niños con alta capacidad intelectual, distribuidos entre las edades de 7, 9 y 11 años, y 40 escolares de las mismas edades como grupo control apareado. Se administró el test de BADyG para conocer los perfiles intelectuales multidimensionalmente y el cuestionario de autobiografía (forma U). Tras el vaciado y categorización de las respuestas por edad intra e intergrupo, se calculó: el control de la calidad del dato mediante coeficiente α de Krippendorff; si había diferencias significativas intra e intergrupo, así como los factores de varianza de los resultados (MANOVA), y el coeficiente de generalización de la muestra con dos proyecciones. **Resultados.** Satisfactoria calidad del dato (α de Krippendorff = 0,91). Coeficiente de generalización satisfactorio: 0,94 (0,95/0,96 con optimización de 15/20 niño $\times$ tipo). Los resultados muestran diferencias significativas intragrupo en la percepción de problemas del mundo actual en las edades estudiadas; diferencias significativas intergrupo en la manifestación de conciencia del mundo, más temprana en el de alta capacidad intelectual (7 años) que en el grupo control (9 años); diferencias significativas intergrupo en la fluidez, abstracción y tipo de problemas percibidos: similares entre los del grupo de alta capacidad de 7 años con los de 9 años

del grupo control (por ejemplo, los más prevalentes entre los de alta capacidad son: crisis, guerra, pobreza y medio ambiente; entre el grupo control: contaminación y crisis; en los primeros, por edad, el orden es: 7 años, guerra, enfermedad y crisis; 9 años, contaminación, y 11 años, contaminación y crisis); y diferencias significativas intergrupo en edad (el grupo control no aporta a los 7 años), tipo y número de soluciones; las del grupo de estudio a los 7 años, similares a las del grupo control de 9 y 11 años. **Conclusiones.** Se corrobora la avanzada y global conciencia social entre el grupo de estudio y su fluidez en aportación de soluciones a las dificultades percibidas. Sería interesante contrastarlo con su bienestar personal.

3.

Perfeccionismo y alta capacidad intelectual

Sastre-Riba S, Urraca ML, Fonseca-Pedrero E, Pérez de Albéniz A
Universidad de La Rioja. Logroño.

Introducción. El perfeccionismo es un constructo psicológico emergente en los últimos 20 años frente al concepto de excelencia. De naturaleza multidimensional, consiste en un continuo de pensamientos y conductas asociados a altas expectativas o a altos niveles de responsabilidad, que enmarca un alto estándar de rendimiento y miedo a no conseguirlo como estilo cognitivo que comporta la necesidad de parecer perfecto o evitar parecer imperfecto ante los otros. Existe un perfeccionismo sano (adaptativo) y otro insano (mal adaptativo); como estilo cognitivo puede utilizarse positi-

va o negativamente posibilitando, en este caso, el bajo rendimiento. Es positivo si comporta un alto estándar de objetivos y buen rendimiento, que en la alta capacidad podría estar apoyado por la mayor madurez, creatividad, acomodación al error y flexibilidad del funcionamiento cognitivo que la caracterizan. La relación con la excelencia y la alta capacidad es más inestable de lo esperado. **Objetivos.** Conocer si hay mayor prevalencia de perfeccionismo entre escolares con capacidad intelectual media y los de alta capacidad intelectual, y si existe mayor prevalencia de un tipo u otro de perfeccionismo entre los grupos de participantes. **Sujetos y métodos.** Se obtienen perfiles intelectuales multidimensionales de los participantes mediante la administración de los tests BADyG o DAT (según edad). Se administran las escalas de perfeccionismo APS-R, adaptada al castellano, y la *Positive and Negative Perfectionism Scale*, adaptada y baremada a una población de escolares españoles con capacidad intelectual media. Los participantes son 49 chicos y chicas de 9-12 años con perfil de alta capacidad intelectual: superdotación ($n = 12$), talento complejo ($n = 21$) y talento simple ($n = 16$). El grupo control apareado es de 49 escolares de 9-12 años. Se comparan (MANOVA) las puntuaciones medias de cada grupo según los objetivos señalados, calculando si existen diferencias significativas entre ellos por *clusters*. **Resultados.** Los resultados muestran diferencias significativas estadísticamente entre el grupo control y el de alta capacidad intelectual, con mayor puntuación en perfeccionismo insano en el grupo control. Entre el grupo de alta capacidad hay mayor prevalencia de perfeccionismo sano y de no perfeccionismo, y entre los componentes del perfeccionismo, el de discrepancia es el más relevante como indicador de perfeccionismo insano. Se muestra el *cluster* asociado a perfeccionismo sano. **Conclusiones.** Se replican los *clusters* de no perfeccionista, perfeccionista sano y perfeccionista insano de otras investigaciones, mostrando sus componentes y mayor perfeccionismo sano en participantes con alta capacidad intelectual.

4.

Estudio del cociente theta/beta en el electroencefalograma cuantificado de niños en edad preescolar

Ortiz P, Roca P, Mulas F, Gandía R, Giménez C, Vaquero C, García T

Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica (INVANEP). Valencia.

Introducción. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) preescolar es una entidad en la que hay dificultades en la estandarización de los criterios diagnósticos. Recientemente, la Food and Drug Administration estadounidense ha aprobado la comercialización del primer dispositivo médico basado en la función eléctrica cerebral como una ayuda en la evaluación y diagnóstico clínico del TDAH en niños y adolescentes de 6-17 años, que se basa en la cuantificación de la actividad theta/delta del electroencefalograma (EEG), cuyo cociente se considera un índice de relevancia de confirmación diagnóstica del TDAH primario. Dado que este índice es dependiente de la edad del paciente, se considera relevante determinar los valores de referencia para cada edad. **Objetivo.** Determinar si el cociente theta/beta en niños sanos de edad preescolar puede ser comparado con el obtenido en niños afectados de TDAH a los que se les determine el referido cociente theta/beta. **Sujetos y métodos.** Veintidós niños de edad inferior a 6 años sin antecedentes de riesgo, procedentes de una población normal, han sido evaluados mediante técnicas de EEG cuantificado para calcular el cociente theta/beta. Los EEG cuantificados se realizaron en el equipo digital Akonic BIO-PC, con un montaje bipolar con 10 electrodos de Sn de 8 mm, teniendo en cuenta el sistema internacional 10/20, los cuales fueron fijados en el cuero cabelludo de cada sujeto mediante gorros EEG de ElectroCap International Inc. (Ohio, EE. UU.). Las impedancias se mantuvieron por debajo de 7 kΩ. El cálculo del cociente theta/beta se efectuó con el programa de Akonic. **Resultados.** Los resultados muestran un cociente theta/beta medio de 12,5, con un intervalo de

confianza del 95% para los valores comprendidos entre 9,2 y 15,9. **Conclusiones.** Con la presente herramienta y las cifras obtenidas se dispone de un dato objetivo que podrá ser comparado con la población de TDAH preescolar y así determinar si el cociente theta/beta puede relacionarse para el diagnóstico, dadas las dificultades de evaluación de estos niños en la edad preescolar.

5.

Influencia de las comorbilidades en el funcionamiento diario de adultos con TDAH

Miranda A, Colomer C, Berenguer C, Roselló R

Universitat de València. Valencia.

Introducción. Las personas con trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) presentan altas tasas de comorbilidad con otros trastornos y un alto riesgo a desarrollar problemas que afectan a múltiples dominios de la vida, como el funcionamiento social, escolar y familiar. Los estudios longitudinales concluyen que tanto los trastornos psicopatológicos asociados al TDAH, como los déficits en el funcionamiento, continúan estando presentes en la adolescencia y la edad adulta temprana. **Objetivo.** Estudiar la influencia de los trastornos comórbidos en el funcionamiento diario de adultos con TDAH. **Pacientes y métodos.** Participaron en este estudio 35 adultos de 17-24 años con un diagnóstico clínico de TDAH en la infancia. Se les administró el cuestionario de comorbilidades (*Weiss Symptom Record*) para evaluar la presencia de trastornos de tipo externalizante (trastorno negativista desafiante y trastorno disocial), de tipo internalizante (ansiedad o depresión) y abuso de sustancias. El funcionamiento en la vida diaria se evaluó mediante la escala de la afectación negativa del funcionamiento de Weiss (WFIRS). **Resultados.** El 20% de los participantes presentó comorbilidades con trastornos de tipo externalizante, un 48,6% con abuso de sustancias, mientras que los trastornos internalizantes de depresión y ansiedad se observaron en el 20% de

la muestra. Los participantes que presentaron trastornos externalizantes comórbidos o abuso de sustancias tuvieron peores puntuaciones en el funcionamiento en actividades sociales y de riesgo. Además, los adultos con problemas de comportamiento también presentaron un peor funcionamiento en el área familiar. **Conclusiones.** El funcionamiento en los diferentes dominios de la vida diaria de adultos con TDAH se ve afectado por la frecuente asociación con trastornos comórbidos, en particular trastornos de tipo externalizante y el abuso de sustancias. En estos casos, será conveniente profundizar en los ámbitos familiar, social y de actividades de riesgo de cara a realizar intervenciones más eficaces.

6.

Influencia de los síntomas de inatención e hiperactividad en el funcionamiento diario de adultos con TDAH

Berenguer C, Mercader J, Fernández I, Miranda A

Universitat de València. Valencia.

Introducción. Muchos de los síntomas característicos del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) persisten en la vida adulta, afectando significativamente el funcionamiento diario. **Objetivos.** Estudiar las diferencias en dominios de la vida diaria entre un grupo de adultos con TDAH, diagnosticados en la infancia, y un grupo de controles sin TDAH, y analizar la relación entre la sintomatología del TDAH y los diferentes dominios de funcionamiento en adultos con TDAH. **Sujetos y métodos.** Participaron dos grupos: un grupo experimental (TDAH), formado por 35 adultos con diagnóstico de TDAH en la infancia, subtipo combinado, y un grupo control de 37 adultos, de 17-24 años. Los participantes y sus padres cumplimentaron la versión de autoinforme y del observador de la escala CAARS, respectivamente, para la evaluación de los síntomas de TDAH. Los participantes también cumplimentaron una escala del funcionamiento en la vida diaria –*Weiss Functional Impairment Rating*

Scale (WFIRS)–. **Resultados.** Las diferencias resultaron significativas entre el grupo TDAH y el grupo control en las áreas familiar, escolar, habilidades cotidianas y actividades de riesgo. Los síntomas de inatención e hiperactividad predijeron los problemas en algunas áreas del funcionamiento en el grupo experimental. Según la versión de autoinforme, la sintomatología de inatención predijo un peor funcionamiento en el área escolar y de habilidades cotidianas. Según la versión de los padres, los síntomas de hiperactividad predijeron un peor funcionamiento en el ámbito familiar. **Conclusiones.** Estos resultados ponen de manifiesto que los síntomas principales del TDAH afectan negativamente a diferentes áreas del funcionamiento diario en adultos. Los resultados tienen implicaciones en el diseño de futuros programas de intervención cognitivo-conductuales.

7.

Fluidez verbal en sujetos con TDAH

Sánchez P, Ortí M, Belda A

Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Universitat de València. Valencia.

Introducción. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un trastorno del desarrollo neurológico caracterizado por la presencia persistente de inatención, hiperactividad o impulsividad, que ocasionan un fuerte impacto en el ámbito familiar, escolar y social del sujeto. Numerosos estudios han demostrado la existencia de alteraciones estructurales y funcionales en diferentes regiones del cerebro de sujetos con TDAH, entre las que destaca la corteza prefrontal, que constituye el sustrato esencial del funcionamiento ejecutivo. Por otro lado, algunas investigaciones han señalado la elevada prevalencia de comorbilidad entre TDAH y otros trastornos (dificultades en el aprendizaje, trastornos de conducta o del lenguaje, etc.), hecho que puede influir en la ejecución de tareas que requieran la puesta en marcha de funciones ejecutivas, como tareas de fluidez verbal (FV). **Objetivos.** Estudiar el desempeño de un grupo de sujetos con TDAH en ta-

reas de FV, indicadoras de su funcionamiento ejecutivo, y analizar si las diferentes comorbilidades tienen influencia sobre los resultados en estas tareas. **Pacientes y métodos.** Mediante la subprueba de FV de la batería de evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas en niños (ENFEN), se ha evaluado la FV semántica (FVS) y fonológica (FVF) de 52 niños y niñas de educación primaria (6-12 años) que presentan diferentes tipos de TDAH. Las tareas de FVS y FVF se basan en que el alumno diga todas las palabras que pueda en un minuto pertenecientes a una misma categoría semántica o que empiecen por el mismo fonema, respectivamente. Los resultados obtenidos se analizaron estadísticamente utilizando el programa SPSS v. 19. **Resultados.** Mayoría de sujetos con TDAH tipo combinado (TDAH-C, 48%) frente a sujetos con TDAH tipo hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI, 25%) o TDAH tipo inatento (TDA, 27%). Mayor número de niños con TDAH (57,7%) que niñas (42,7%). El 64% de alumnos recibe tratamiento farmacológico, además de las medidas pedagógicas correspondientes. El 90,4% de sujetos con TDAH presenta algún trastorno asociado, siendo el trastorno concomitante más común las dificultades de aprendizaje (69,2%), seguidas de dislalias (59,6%) y trastornos del lenguaje (40,4%). El 76,9% de alumnos con TDAH presentan dificultades para realizar tareas de FV, de los cuales un 32,7% tiene problemas en FVS y FVF, un 34,6% sólo en FVF y un 9,6% sólo en FVS. Sujetos con TDAH-HI presentan mejores resultados en tareas de FV que sujetos con TDA o TDAH-C, siendo los sujetos con TDA los que peores resultados obtienen. En comparación con valores normativos de la ENFEN, los niños con TDAH se encuentran en niveles bajos para FVF y medios-bajos para FVS. La FV de alumnos con TDAH aumenta con la edad, sobre todo la FVS. Los sujetos que reciben tratamiento farmacológico presentan mejor FV, sobre todo FVS. Sujetos con trastornos concomitantes obtienen peores resultados en FV, sobre todo los que presentan dificultades del aprendizaje (75% fallan en FVF y 52,8% en FVS). **Conclusiones.** Los sujetos con TDAH presentan alte-

raciones en las funciones ejecutivas, manifestadas a través de las pruebas de FV. Aunque se observan problemas en FVS y en FVF, la tarea de FVF requiere un procesamiento más laborioso con mayor implicación del lóbulo prefrontal, por lo que es lógico encontrar que los alumnos con TDAH obtengan peores resultados. Por otro lado, se confirma que la asociación de TDAH con otros trastornos influye negativamente en la FV.

8.

Relación entre estrés parental y factores de resiliencia en niños y adolescentes con TDAH

Roselló B, Mercader J, Colomer C, Roselló R

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universitat de València. Valencia.

Introducción. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) suele acarrear consecuencias negativas no sólo para el sujeto que lo padece, sino también para el funcionamiento psicosocial de la familia. Uno de estos efectos familiares adversos es el superior grado de estrés de los padres de niños con TDAH en comparación con padres de niños con un desarrollo típico. Hay determinados factores relacionados con la resiliencia, entendida como el conjunto de atributos que permiten una adaptación positiva a pesar de las experiencias de adversidad asociadas con un elevado riesgo para el desarrollo sintomático, que parecen optimizar el pronóstico del TDAH. **Objetivo.** Estimar la relación existente entre el estrés parental y características relacionadas con la resiliencia de niños y adolescentes con TDAH. **Sujetos y métodos.** En el presente estudio participaron 46 familias de niños y adolescentes de 7-16 años con un diagnóstico de TDAH, subtipo combinado. Los cuestionarios cumplimentados por los padres fueron el dominio del padre del índice de estrés parental, compuesto por las subescalas de competencia parental, aislamiento, apego, salud física, restricción del rol parental, depresión y apoyo de la pareja, y el cuestionario de

evaluación de atributos de éxito, compuesto por las subescalas de autoconciencia, proactividad, perseverancia, establecimiento de metas, uso efectivo de los sistemas de apoyo y estrategias de afrontamiento. **Resultados.** La restricción del rol parental mostró poder predictivo sobre los atributos de autoconciencia y proactividad. El nivel de depresión predijo la perseverancia y las estrategias de afrontamiento. Del mismo modo, el apoyo de la pareja predijo las características de perseverancia y el establecimiento de metas. El apego predijo los atributos de perseverancia, establecimiento de metas, el uso efectivo de sistemas de apoyo y las estrategias de afrontamiento. La competencia parental, aislamiento y salud física del índice de estrés parental no resultaron predictores significativos de los atributos de resiliencia de los sujetos con TDAH en ninguno de los casos. **Conclusiones.** Según las estimaciones de los padres, el estrés parental, especialmente la disfuncionalidad en el apego, está asociado a resiliencia de niños y adolescentes con TDAH. Es necesario contemplar en la evaluación e intervención factores familiares como el estrés, dada su influencia en los atributos de resiliencia y la importancia que dichas características pueden tener para afrontar las consecuencias que pueden asociarse al trastorno.

9.

Factores relacionados con la mejora percibida por el médico de los resultados del tratamiento en niños y adolescentes con TDAH en países europeos

Setyawan J^a, Hodgkins P^a, Fridman M^b, Haim Erder M^a

^aShire Pharmaceuticals LLC. Wayne, PA, Estados Unidos. ^bAMF Consulting. Los Ángeles, CA, Estados Unidos.

Objetivos. Describir las pautas de tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), la percepción de los resultados del tratamiento por parte del médico y los factores relacionados con la mejora de los resultados del tratamiento del

TDAH en distintos países europeos.

Pacientes y métodos. Se llevó a cabo una revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes europeos con TDAH (6-17 años) en seis países. Las historias clínicas de 779 pacientes diagnosticados entre 2004 y 2007 fueron examinadas por 361 médicos. Los médicos proporcionaron su evaluación sobre tres resultados relativos al paciente: satisfacción con el tratamiento, control de los síntomas y adhesión al tratamiento (> 80%).

Resultados. La edad media de los pacientes fue de 12,1 años y el 78% eran varones. Aproximadamente el 50% de los pacientes recibió una sola terapia y el 38% recibió dos (secuencialmente). Las terapias de primera línea incluyeron medicación (45% de los pacientes), terapia conductual (20%) y tratamiento combinado (35%). Las clases de medicamentos en el momento de la revisión incluyeron metilfenidato de acción prolongada (55%), metilfenidato de acción inmediata (21%), atomoxetina (13%), combinación (10%) y otros (1%). Los médicos comunicaron un 31,8% de satisfacción con el tratamiento, un 30,8% de control completo de los síntomas y un 71,4% de adhesión al tratamiento. Los factores significativamente asociados con una mejora de los tres resultados fueron un menor número de condiciones preexistentes (agresividad, depresión, problemas del aprendizaje, síndrome de Tourette), un mayor compromiso del paciente y una mayor participación de la familia, y el tratamiento de la inatención. **Conclusiones.** A pesar de la alta proporción de pacientes que estaban tomando medicación, las tasas de satisfacción con el tratamiento y control completo de los síntomas percibidos por los médicos fueron relativamente bajas. Los médicos informaron de una mejora de los resultados del tratamiento en los pacientes predominantemente inatentos, con menos comorbilidades, y un mayor compromiso del paciente y participación de la familia.

10.

Coste sociosanitario del TDAH entre pacientes respondedores y no respondedores a la medicación en España (datos preliminares)

Fernández-Jaén A^a, Graell M^b, Eirís J^c, Mardomingo MJ^d, Montañés F^e, Quintero J^f, Martínez-Raga J^g, Sansebastián J^h, Ramos-Quiroga JAⁱ, Plaza S^j, Alda JA^k

^a Hospital Quirón. Madrid. ^b Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ^c Clínica Dr. Eirís. Santiago de Compostela.

^d Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

^e Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

^f Hospital Infanta Leonor. Madrid.

^g Hospital Clínico. Valencia. ^h Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

ⁱ Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

^j Shire Pharmaceuticals.

^k Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Introducción. La gestión y consecuencias del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) conllevan un gran consumo de recursos sanitarios y sociales. **Objetivo.** Coste de pacientes respondedores al tratamiento farmacológico, describiendo costes directos, indirectos e intangibles en España. **Paciente y métodos.** Estudio transversal, descriptivo y analítico sobre los costes sanitarios y sociales (seguimiento de un año). Para su cálculo se utilizaron sólo los costes directos (perspectiva sanitaria) y los costes directos e indirectos (perspectiva social). Pacientes de 15 hospitales españoles. Fueron considerados pacientes respondedores aquellos con una puntuación en la ADHD-RS < 18 (tres meses consecutivos). Cuestionarios estándares para variables: demográficas, sociales, entorno laboral, patología (DSM-IV-TR, CGI, CGA y ADHD-IV), consumo de servicios, medicación y tratamientos no farmacológicos, calidad de vida (EuroQoL-5D) y productividad en el trabajo (WPAI). Costes sanitarios directos: utilización de servicios, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Costes sanitarios indirectos: transporte. Costes sociales indirectos fueron las horas perdidas de trabajo (padres o los propios pacientes). Estudio aprobado por comités de ética y autoridades sanitarias.

Resultados. Se incluyeron 39 pacientes respondedores (edad media: 13,2 ± 2,4 años; 77% hombres) y 31 no respondedores (edad media: 12,4 ± 2,8 años; 81% hombres). La puntuación en la ADHD-RS-IV fue de 15,6 ± 6,9 para pacientes respondedores y 28,1 ± 9,9 para no respondedores ($p < 0,001$), y la puntuación de la EQ-5D, de 86,1 ± 14,2 y 68,1 ± 30,1, respectivamente ($p = 0,001$). Los costes directos, indirectos y sociales fueron de 2.913 ± 1.764, 967 ± 1.441 y 3.880 ± 2.460 euros, respectivamente, para pacientes respondedores, y de 4.280 ± 3.885 ($p = 0,077$), 1.956 ± 3.203 ($p = 0,442$) y 6.236 ± 5.855 ($p = 0,042$) euros, respectivamente, para no respondedores. **Conclusión.** Este análisis preliminar desprende que el consumo de recursos económicos de pacientes respondedores es menor que el de no respondedores.

11.

Eficacia del dimesilato de lisdexanfetamina en niños y adolescentes con TDAH: efecto de la edad, el sexo y la intensidad de la enfermedad en la línea base

Alda-Díez JA^a, Soutullo C^b, Civil R^c, Bloomfield R^d, Coghill DR^e

^a Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

^b Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. ^c Shire Development LLC. Wayne, PA, Estados Unidos. ^d Shire Pharmaceutical Development Ltd. Basingstoke, Reino Unido. ^e División de Neurociencia. Hospital Ninewells. Dundee, Reino Unido.

Introducción. En un estudio europeo (SPD489-325) se encontró que el dimesilato de lisdexanfetamina (LDX) muestra una eficacia significativamente mayor que el placebo en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH). **Objetivo.** Evaluar el impacto de la edad, el sexo y la intensidad de la enfermedad en la línea base sobre los resultados de eficacia en el estudio SPD489-325. **Pacientes y métodos.** En este estudio de siete semanas, alea-

torizado, doble ciego, con dosis optimizada, participaron pacientes de 6-17 años con TDAH. Los pacientes fueron tratados una vez al día con LDX (30, 50 o 70 mg/día), sistema oral de liberación osmótica de metilfenidato (OROS; 18, 36 o 54 mg/día) o placebo. Se realizaron análisis de subgrupos por edad (6-12 o 13-17 años), sexo y puntuación total inicial (28-41 o 42-54) en la escala de puntuación del TDAH, versión IV (ADHD-RS-IV). La evaluación final fue la última visita en tratamiento con una evaluación válida. **Resultados.** En la evaluación final, la diferencia (fármaco menos placebo) en el cambio en la media de los mínimos cuadrados de la línea base en la puntuación total en la ADHD-RS-IV fue significativa en todos los subgrupos de LDX ($p < 0,001$; tamaño del efecto: 1,68-2,26) y metilfenidato OROS ($p < 0,01$; tamaño del efecto: 0,88-1,46). **Conclusiones.** La LDX mostró una eficacia mayor que el placebo en niños y adolescentes con TDAH, sin importar su edad, sexo o intensidad de la enfermedad en la línea base.

12.

Investigación sociológica cualitativa entre los profesionales implicados en la detección y tratamiento del TDAH

Mulas F^a, Mardomingo MJ^b, Alda JA^c, Rodríguez PJ^d, Quintero J^e, Soutullo C^f

^a Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica (INVANEP). Valencia.

^b Asociación Española de Psiquiatría del Niño y Adolescente. Madrid. ^c Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. ^d Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. ^e Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ^f Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción. El proyecto PANDAH ('Plan de Acción en TDAH') tiene como objetivo analizar, de forma multidisciplinar, el impacto global del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) en la sociedad española, un trastorno de origen neurológico que afecta al 5,29% de la población infantil. **Objetivo.** Describir el abordaje diagnóstico y terapéutico del TDAH identificando necesidades

existentes y áreas de mejora desde la perspectiva de los diversos colectivos.

Sujetos y métodos. Bajo el proyecto PANDAH se realizaron siete *focus-groups* (septiembre de 2011 a mayo de 2012): familiares-pacientes, educadores, psicólogos clínicos, pediatras, psiquiatras de adultos e infantiles y neuropediatras. Además, se realizaron diez entrevistas en profundidad a profesionales que se estimaron relevantes en el TDAH. *Focus-group* de neuropediatría (duración de cuatro horas y moderado por un experto en investigación cualitativa): nueve neuropediatras expertos en TDAH (Andalucía, Aragón, Asturias, Cataluña, Madrid, Galicia y Valencia). **Resultados.** Necesidades no cubiertas: detección precoz (proporcionando formación y herramientas al pediatra de atención primaria, además de formación y concienciación a maestros), importancia del diagnóstico diferencial (debe existir una buena coordinación entre el pediatra de atención primaria y salud mental y debe intervenir el psicólogo para la evaluación) y tratamiento multimodal (seguimiento continuado y acceso a médico experto asegurando la correcta adhesión al tratamiento). **Conclusiones.** Se demandan medidas en dos ejes: formación y concienciación a los profesionales implicados, y circuito consensuado y vinculante en el que se considera que el pediatra debe ser el coordinador del proceso. Este circuito ha de garantizar una adecuada transición del paciente adolescente a la medicina de adultos.

13.

Dificultades neurocognitivas en edad escolar en niños pretérmino con peso inferior a 1.500 g

Giménez-Mateo R^a, Cuesta A^a, Córcoles M^a, Pérez-Hernández E^b, Onsurbe I^a, Martínez A^a, San Román P^a, Muñoz M^a

^aFacultad de Medicina. Universidad de Castilla-La Mancha. Albacete. ^bFacultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

Introducción. Cada vez es mayor el número de niños pretérmino (≤ 32 semanas de gestación) con bajo o ex-

tremo bajo peso (≤ 1.500 g) que sobreviven al periodo neonatal gracias a los adelantos médicos. El sistema nervioso de estos niños es vulnerable y pueden aparecer dificultades neurológicas y cognitivas que afecten a la integración social y laboral adecuada en la edad adulta. Estudios previos muestran que, aunque niños nacidos muy pretérmino y con extremo bajo peso se perciben a sí mismos subjetivamente como saludables, presentan menor estatura y peso, puntuaciones más bajas en los tests de inteligencia, alteraciones morfológicas en el cerebro y más problemas cognitivos que los controles de la misma edad. **Objetivo.** Determinar la incidencia de déficits neurocognitivos en una cohorte de niños nacidos pretérmino en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete entre los años 1997-2003, que ahora tienen entre 8 y 16 años y son susceptibles de evaluación neuropsicológica. **Sujetos y métodos.** La muestra está formada por una cohorte de niños prematuros de riesgo, seleccionada del total de pacientes nacidos o derivados al nacer en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete entre el 1 de enero de 1997 y el 31 de diciembre de 2003, que en el momento de la evaluación tenían entre 8 y 16 años. De un total de 101 niños, 39 participaron voluntariamente. Como grupo control se contó con un total de 17 niños. El protocolo de evaluación neuropsicológica se compone de: *Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-IV)*, *Rivermead Behavioral Memory Test (RBMT)*, *Test of Memory and Learning (TOMAL)*, *Conners' Continuous Performance Test (CPT-II)* y *Stroop Color and Word Test*. Primero se realizó un ANOVA para analizar el efecto del grupo para cada una de las variables evaluadas. Posteriormente, con aquellas variables significativas, se efectuó una prueba de chi al cuadrado para evaluar las frecuencias de niños con puntuaciones 1,5 desviaciones estándares por debajo de los controles. **Resultados.** Se encontraron diferencias significativas en el cociente intelectual total (no significativo a nivel de chi al cuadrado), así como en los subíndices de comprensión verbal y razonamiento perceptivo (23,1% del total de pacientes fren-

te a 0% de controles). También se encontraron diferencias significativas a nivel atencional medido con el CPT-II (26,3% del total de pacientes frente a ningún control). **Conclusiones.** Aquellos niños nacidos prematuramente (≤ 32 semanas y con peso al nacer ≤ 1.500 g) tienen más riesgo de presentar complicaciones neurocognitivas en edad escolar. Presentan con más frecuencia un cociente intelectual más bajo y, concretamente, dificultades en el subíndice de razonamiento perceptivo. Además, es más probable que presenten problemas atencionales. Sin embargo, respecto al grupo control, la muestra de niños pretérmino no posee mayor riesgo de presentar dificultades en las funciones ejecutivas ni en los procesos mnésicos.

14.

Incidencia positiva en la combinación del método Petö (educación conductiva) y tratamiento farmacológico para el TDAH. Caso clínico

Alberich M, Borsós Z, Campos E, Czégeni A, Guaita L, Estellés E, Wauquier MJ

Fundación Valenciana para la Neurorehabilitación (FUVANE). Paterna, Valencia.

Introducción. La parálisis cerebral infantil tiene una frecuencia de 3 casos por 1.000 nacidos vivos, y uno de sus posibles tratamientos es la educación conductiva (método Petö), indicada en casos de desarrollo motriz afectado, especialmente en la coordinación psicomotriz, con implicación negativa en las actividades de la vida diaria. Es preciso un psiquismo conservado que posibilite la implicación del niño para el aprendizaje activo del tratamiento aplicado. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es muy prevalente en niños (5%) y se caracteriza por inatención, hiperactividad e impulsividad, cuyos síntomas complican las limitaciones para el aprendizaje que tienen los afectados. La comorbilidad de ambas entidades condiciona una peor respuesta de la terapia conductiva en los niños afectados con parálisis cerebral infantil. **Objetivos.** Valorar la influencia del tratamiento farmacológico indicado para la aten-

ción y concentración en un niño con parálisis cerebral infantil y TDAH, y bajo el efecto de la misma, describir los cambios en la evolución y respuesta al tratamiento Petö. **Caso clínico.** Niño de 8 años, con antecedentes de 34 semanas de gestación, cesárea por pérdida de bienestar fetal, peso al nacimiento de 1.280 g y Apgar de 9/10, que sufrió una hemorragia periventricular de grado III izquierdo y grado II derecho con leucomalacia periventricular secundaria. Como consecuencia, mostró un cuadro de parálisis cerebral infantil (tetraparesia espástica). Al inicio de un campo de tratamiento conductivo, a los 8 años, se apreció una mayor afectación en el hemisferio derecho, GMFCS nivel II, marcha autónoma con pérdida de equilibrio, deformidad en piernas y pies, tono aumentado en miembros inferiores, siendo un niño muy inquieto y con dificultad para un aprendizaje activo debido a sus dificultades de control atencional. Durante el primer campo, de una serie de tres campos ambulatorios, su neuropediatra hizo el diagnóstico de TDAH e inició tratamiento con metilfenidato. La reevaluación tras los campos realizados bajo dicha medicación pone de manifiesto lo siguiente. Postura: se aprecia mejor equilibrio en bipedestación sin apoyos durante períodos más prolongados, es capaz de autocorregir su posición y postura corporal. Necesita menos corrección. Transferencias y cambios de posición: son actividades de su vida diaria que están en proceso continuo de aprendizaje, pero se evidencia que es capaz y ha mejorado en realizarlas con mayor atención y menor ayuda manual. Sus logros y avances son concretos, y se percibe mejor atención y autonomía, consiguiendo realizar las actividades por sí solo. Marcha: su camino progresa y evoluciona mejor desde que toma el tratamiento farmacológico, consiguiendo una marcha autónoma, con menor número de caídas. Es capaz de detenerse durante la marcha y salvar pequeños obstáculos con instrucciones verbales. Se observa más seguimiento visual y atención en la marcha. Manipulación: se observa mejoría en la manipulación fina cuando pinta, sus trazos en un principio eran grandes, descoordi-

nados, no lineales y sin dirección concreta, sin discriminar ni respetar el fondo y figura del dibujo. Con los psicoestimulantes se muestra más activo, partícipe y receptivo en la tarea, es más minucioso cuando debe seguir las directrices que marca el dibujo. Actividades de la vida diaria: su coordinación oculomanual ha mejorado y se refleja en las actividades de la vida diaria y en su autonomía. Es capaz de ponerse y quitarse los calcetines de forma más rápida y más correcta, está más participativo y habilidoso. **Resultados.** Se aprecia una incidencia positiva con mejoría en los resultados y en los procesos de aprendizaje en la educación conductiva tras el inicio del tratamiento con metilfenidato. **Conclusiones.** El diagnóstico precoz del TDAH asociado a las dificultades motoras en niños con parálisis cerebral infantil precisa una intervención farmacológica que posibilite controlar mejor la actitud y aprendizajes del niño para obtener el mayor rendimiento en el tratamiento Petö. El presente trabajo supone una primera aproximación con vistas a desarrollar un control experimental sobre estos aspectos.

15.

Déficits de las funciones ejecutivas en niños con trastorno del espectro autista

Sirera-Conca MA, Abad-Mas L
CEDECO Red Cénit. Valencia.

Introducción. El déficit en la función ejecutiva en autismo cada día alcanza mayor relevancia, formando parte de ese conjunto de tres síntomas característicos del trastorno del espectro autista (TEA): teoría de la mente, coherencia central y funciones ejecutivas, siendo éstas las teorías psicológicas que, planteadas en los últimos años, intentan comprender el nexo entre la actividad cerebral y la conducta de las personas con TEA. Es evidente la disfunción ejecutiva en los niños con TEA, aunque no están todas las funciones ejecutivas igualmente afectadas y no es un rasgo único de

dicho trastorno, pues está presente en el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad, los trastornos de conducta y otros trastornos del neurodesarrollo. Nuestro estudio nace de la necesidad de investigar cuáles son los déficits más comunes en funciones ejecutivas en los niños con TEA en la edad infantil. **Objetivos.** Evaluar los diferentes procesos cognitivos relacionados con las funciones ejecutivas en los niños con TEA, clasificar los déficits en los niños con TEA y conocer cómo afecta el déficit de las funciones ejecutivas en el rendimiento escolar. **Sujetos y métodos.** Estudio descriptivo con una metodología cuantitativa y cualitativa. Recoge una muestra de 40 niños y niñas que acudieron al centro, de los cuales se escogieron 16 (12 niños y 4 niñas) de forma intencional con un diagnóstico de TEA y de edades comprendidas entre 5 y 7 años. Se aplicaron varias subpruebas de tests estandarizados que miden algunos de los componentes de las operaciones cognitivas consideradas parte de las funciones ejecutivas: laberintos de la escala de inteligencia de Wechsler (WPPSI), memoria de secuencias y expresión verbal del test Illinois de aptitudes psicolingüísticas (ITPA), y atención auditiva, juego de respuestas, fluidez de diseños, inhibición, estatua, comprensión de instrucciones y velocidad de nombramiento del test de evaluación neuropsicológica del desarrollo (Neppsy-II). **Resultados.** Se encuentran problemas en la organización y planificación, más destacados en las tareas de la vida diaria. Además, se observan dificultades en la memoria a corto plazo y alteraciones semánticas, presentando lentitud a la hora de evocar las palabras. Por otro lado, se encuentran problemas de atención (por una parte, la atención selectiva auditiva, y por otra, la atención sostenida), alteraciones en la flexibilidad cognitiva, dificultades a la hora de crear diseños únicos y déficits de imaginación, dificultades en los tiempos de reacción, incapacidad para inhibir impulsos motores, problemas de comprensión de

instrucciones orales complejas y problemas de perseveración. **Conclusiones.** Tras la evaluación se demuestra que los niños con TEA presentan alteraciones en las funciones ejecutivas. Además, se observa la existencia de un vínculo entre los recursos cognitivos y las funciones ejecutivas, por lo que una disfunción ejecutiva afecta a la capacidad del niño para aprender en clase. Existe relación entre funciones ejecutivas y aprendizaje dependiendo de la edad, pues se mejora el funcionamiento ejecutivo según se adquiere mayor grado de maduración; en este caso se puede observar que no siguen el mismo proceso de adquisición si se compara con su grupo de edad. Hoy día hay varios métodos usados para el tratamiento de los niños con TEA, pero no se atiende a las funciones ejecutivas; de ahí la necesidad de incluir el entrenamiento de las funciones ejecutivas, por sus implicaciones en los procesos de aprendizaje.

16.

Perfil sensorial en niños con trastorno del espectro autista y niños con TDAH

Herrero-Lladró R^a,
Martínez-Sanchis S^b, Abad L^a

^aCEDECO Red Cénit. ^bUniversitat de València. Valencia.

Introducción. Trastorno del espectro autista (TEA) y trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) son los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes y en ocasiones se han asociado, hablándose incluso de comorbilidad. Se ha informado de la presencia de síntomas suficientes para diagnosticar el TDAH en el 59-83% de los niños con TEA. Del mismo modo, el 65-80% de niños con TDAH tienen síntomas autistas. Esta frecuente asociación ha generado preguntas sobre comportamientos distintivos entre los niños que presentan ambos diagnósticos y los que tienen un único diagnóstico de TDAH o TEA. Los estudios han comparado la co-

municación y las habilidades cognitivas (funciones ejecutivas y teoría de la mente), pero las anomalías en el procesamiento sensorial siguen siendo en gran parte inexploradas. El procesamiento sensorial se define como el modo en que la información visual, auditiva, gustativa, táctil, olfativa, vestibular y propioceptiva es percibida y organizada por el sistema nervioso central con el fin de permitir un funcionamiento óptimo en las actividades de la vida diaria. Alrededor del 50% de los niños con TDAH y el 90% de los niños con TEA tienen dificultades de procesamiento sensorial. **Objetivo.** Explorar similitudes y diferencias en el perfil sensorial de niños con TEA y TDAH. **Pacientes y métodos.** En el estudio se incluyó un total de 34 niños de 6-9 años, 17 diagnosticados de TEA (15 niños y 2 niñas) y 17 diagnosticados de TDAH (15 niños y 2 niñas). Como instrumento para la medida del procesamiento sensorial se utilizó la información aportada por los padres mediante el cuestionario *Short Sensory Profile*. Consta de 38 preguntas que se dividen en siete subpruebas: sensibilidad táctil, sensibilidad al sabor/olor, sensibilidad del movimiento, baja sensibilidad/búsqueda de sensaciones, filtro auditivo, energía débil/baja y sensibilidad visual/auditiva. Se contó con el consentimiento informado por escrito de los padres. **Resultados.** En el grupo con TEA se hallan anomalías confirmadas en la sensibilidad olfativa/gustativa, en la búsqueda de sensaciones y en el filtro auditivo, así como baja energía. En el grupo con TDAH, en cambio, sólo se hallaron anomalías en la búsqueda de sensaciones y en el filtro auditivo. **Conclusiones.** Estos datos confirman lo hallado en estudios anteriores sobre procesamiento sensorial en población con TEA, en los que se encuentran trastornos de la modulación sensorial en varios canales y dificultades en la discriminación auditiva. Las similitudes en ambos grupos en cuanto a la búsqueda de sensaciones sugerirían intentos de autorregular posibles déficits de atención.