

LA COLABORACIÓN ENTRE PEDIATRAS Y PSICÓLOGOS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NIÑOS CON TDAH

PEDIATRICIAN/PSYCHOLOGIST COLLABORATION IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHILDREN WITH ADHD

George M. Kapalka
Monmouth University

En los Estados Unidos, está aumentando la carencia de psiquiatras, y pacientes con necesidad de medicación psicotrópica a menudo se enfrentan a largas esperas y servicios limitados. Para disminuir la brecha creciente entre la oferta y la demanda, están incorporándose personas con capacidad para prescribir, formadas fuera de los escenarios médicos tradicionales. A pesar de que tradicionalmente los psicólogos han tenido poca formación médica, una nueva generación de psicólogos recibe ahora una exhaustiva formación en el uso de medicación psicotrópica, y dos Estados y un territorio de Estados Unidos ya han promulgado leyes que otorgan privilegios prescriptivos a psicólogos preparados. A medida que los psicólogos buscan formación médica, se convierten en un valioso recurso para los pediatras que a menudo son llamados para tratar trastornos psicológicos infantiles, además de problemas médicos. Los psicólogos pueden ser especialmente útiles para los pediatras que se enfrentan con la necesidad de diagnosticar y tratar adecuadamente a niños con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno psicológico más comúnmente diagnosticado en la infancia. Este trabajo resume los beneficios obtenidos para los pediatras, psicólogos y pacientes cuando se utiliza una relación de colaboración entre pediatras y psicólogos infantiles para el diagnóstico y tratamiento de niños con este trastorno.

Palabras clave: Colaboración Pediatra-Psicólogo, TDAH, capacidad para prescribir

In the United States, the shortage of psychiatrists is increasing, and patients who need psychotropic medications often face long wait times and limited services. To fill the widening gap between supply and demand, prescribers trained outside of traditional medical settings are stepping in. Although psychologists traditionally had little medical background, a new generation of psychologists now receives extensive training in the use of psychotropic medications, and two states and one US territory have already enacted laws that grant properly trained psychologists prescriptive privileges. As psychologists increasingly pursue medical training, they become a valuable resource for pediatricians who are often called upon to treat childhood psychological disorders in addition to medical problems. Psychologists can be especially helpful to pediatricians grappling with the need to properly diagnose and treat children with attention-deficit hyperactive disorder, the most commonly diagnosed psychological disorder in childhood. This paper outlines the benefits to pediatricians, psychologists and the patient population when a collaborative relationship between pediatrician and pediatric psychologist is utilized to diagnose and treat children with this disorder.

Key words: Pediatrician-Psychologist collaboration, ADHD, prescriptive authority

En los Estados Unidos, es común el uso de medicamentos para el tratamiento de trastornos psicológicos. Mientras algunos argumentan que esto es el resultado de los esfuerzos de la sociedad americana de encontrar un "arreglo rápido", la mayoría de profesionales sanitarios reconoce que muchos trastornos emocionales implican factores biológicos significativos. Por lo tanto, el tratamiento de estos trastornos a menudo necesita del uso de medicación.

DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS MÉDICOS

En los Estados Unidos, la carencia de psiquiatras está convirtiéndose en algo cada vez más aparente (Gold-

man, 2001). Como consecuencia, pacientes que necesitan servicios psiquiátricos se enfrentan a una larga espera para las citas iniciales. Además, la mayoría de los americanos están cubiertos por planes de seguros que utilizan compañías especializadas para revisar la necesidad médica de servicios y actúan como vigilantes para evitar la sobre-utilización de especialistas. Como el tratamiento suministrado por especialistas (incluidos psiquiatras) es considerado más caro que el tratamiento suministrado por médicos de atención primaria, los vigilantes de los planes de salud gestionados desaniman a los médicos de familia a derivar a especialistas. La frecuencia de derivaciones a médicos especialistas realizadas por cada médico de atención primaria es monitorizada, y los médicos que excedan las cuotas esperadas son retirados de las listas de médicos autoriza-

Correspondencia: George M. Kapalka. Monmouth University. Department of Psychological Counseling. West Long Branch, NJ 07764, U.S.A. E-mail: gkapalka@monmouth.edu

dos. Como resultado, los médicos de familia son presionados para tratar una amplia variedad de condiciones médicas, incluyendo tratamientos psiquiátricos. En lugar de utilizar psiquiatras, los médicos de familia americanos se responsabilizan de la prescripción y monitorización de medicaciones psicotrópicas, y en Estados Unidos más de dos tercios de toda la medicación psicotrópica es prescrita por médicos no psiquiatras.

Sin embargo, la mayoría de los médicos de familia tienen poca preparación en psicología o psiquiatría y saben poco sobre los psicotrópicos, y los trastornos para los que fueron diseñados. Este dilema es especialmente habitual en el tratamiento de niños. Hay pocos psiquiatras y neurólogos pediátricos, y sus listas de espera exceden las homólogas de adultos. Por consiguiente, la mayor parte de las medicaciones psicotrópicas prescritas a niños son hechas por pediatras. Por ejemplo, los psicoestimulantes, que son comúnmente utilizados en el tratamiento de los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), son la categoría de medicación psicotrópica más frecuentemente utilizada con niños (Olfson, et al., 2002). Son los pediatras los que prescriben estos medicamentos más frecuentemente, aunque muchos de ellos no tienen conocimientos exhaustivos sobre la patofisiología y el tratamiento del TDAH.

LOS BENEFICIOS DE LA COLABORACIÓN ENTRE PEDIATRAS Y PSICÓLOGOS

Debido a sus ajetreados horarios, los pediatras dedican un tiempo limitado a cada paciente y no pueden realizar entrevistas a fondo sobre los datos personales, familiares, de desarrollo, salud, y sociales necesarios para un diagnóstico adecuado de la mayoría de los trastornos psicológicos. Por el contrario, los psicólogos están formados específicamente en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y tradicionalmente ven a pacientes en sesiones de una hora, normalmente una o dos veces por semana. Por lo tanto, los pediatras se pueden beneficiar de una relación de colaboración con psicólogos pediátricos, que les pueden ayudar en el diagnóstico y la planificación de un tratamiento integral de los niños con trastornos psicológicos.

Cuando los niños son medicados, los pediatras necesitan monitorizar el progreso del paciente y los efectos secundarios. Sin embargo, muchos pediatras no dominan los perfiles de respuesta a las distintas dosis y los

efectos secundarios de los psicotrópicos. Además, es posible que los pediatras no puedan atender a los pacientes con la frecuencia suficiente, ni con el tiempo suficiente, para poder explorar estas cuestiones. En consecuencia, existen oportunidades para que psicólogos adecuadamente formados ayuden a los pediatras en estas tareas.

Una relación de colaboración entre el psicólogo pediátrico y el pediatra será más útil para el pediatra cuando el psicólogo está muy familiarizado con la terminología y conceptos médicos, y con el uso correcto de los psicotrópicos (dosis y perfiles de respuesta, efectos secundarios, etc.). Aquellos psicólogos que buscan estas oportunidades para establecer estas relaciones de colaboración necesitan obtener la adecuada formación médica para adquirir el dominio de estas áreas.

El TDAH es el trastorno psicológico más comúnmente diagnosticado en población pediátrica (American Psychiatric Association, 2000). Por consiguiente, el modelo de colaboración abogado aquí es especialmente aplicable en la evaluación psicológica/pediátrica y en el tratamiento de este trastorno, y es más probable que los psicólogos, que están familiarizados con el tratamiento psicológico y médico del TDAH, sean especialmente bien recibidos por los pediatras.

EVALUACIÓN

Para realizar el diagnóstico adecuado del TDHA, se debe revisar exhaustivamente el historial médico, escolar, comportamental, social y de desarrollo del niño. Además, se deberían utilizar escalas de medición objetivas para proporcionar una medición objetiva de la gravedad de los síntomas. Los pediatras realizan habitualmente una entrevista breve con uno de los padres (normalmente la madre), y una breve observación del niño. Algunos utilizan también una escala de medición. Aunque estos métodos pueden ser suficientes en algunos casos, muchos niños presentan un patrón complejo de síntomas que requieren un enfoque más a fondo, y las entrevistas y cuestionarios breves podrían ser insuficientes para realizar un correcto diagnóstico diferencial. Generalmente los psicólogos son más capaces de realizar estas evaluaciones exhaustivas para aclarar el diagnóstico.

Algunos trastornos emulan los síntomas del TDAH. Por ejemplo, niños o adolescentes que presentan síntomas de agitación podrían también parecer fácilmente distraídos,

inquietos, y mostrar bajo control de las descargas emocionales y bajo rendimiento escolar, siendo todos estos síntomas frecuentemente vistos en niños con TDAH. Pacientes tan jóvenes podrían ser erróneamente diagnosticados con TDAH, mientras que el diagnóstico correcto podría ser de trastorno afectivo. De todos los trastornos afectivos, es muy probable que los niños con trastorno bipolar sean inicialmente diagnosticados con TDAH (Bowring y Kovacs, 1992). La presentación de un trastorno bipolar en pediatría a menudo se asemeja a los síntomas del TDAH, con un nivel de actividad elevado, impulsividad, distractibilidad y juicio pobre. Muchos niños con trastorno bipolar, que son inicialmente diagnosticados con TDAH, empeoran cuando se intenta un tratamiento con psicoestimulantes (Biederman, 1998). Un psicólogo experimentado podría darse cuenta de que estos niños típicamente presentan una mayor magnitud en los cambios de humor, problemas de sueño y explosividad, y sería una inestimable ayuda para el pediatra a la hora de aclarar el diagnóstico.

Alrededor del 70 por ciento de los niños con TDAH responden positivamente a la medicación con estimulantes (Jadad, et al., 1999; Spencer, et al., 1996), mientras que aproximadamente el 30 por ciento no responden bien. Los niños con condiciones comórbidas son especialmente más propensos a tener una mala respuesta a los psicoestimulantes. Los estudios sugieren que aproximadamente una quinta parte de los niños con TDAH tienen un trastorno depresivo comórbido (Biederman, et al., 1991). Es fácil que estos trastornos no se detecten a primera vista, ya que la desregulación de las emociones y la agitación se atribuyen frecuentemente al TDAH. Sin embargo, estos síntomas podrían señalar la presencia de un trastorno depresivo y podría implicar un enfoque de tratamiento diferente. Cuando un niño presenta una depresión y un TDAH comórbidos, el uso de psicoestimulantes podría no ser el tratamiento inicial preferido. Los estudios han mostrado que algunos antidepresivos tienen índices de eficacia para el tratamiento del TDAH parecidos a los de los psicoestimulantes, al mismo tiempo que aborda los síntomas de la depresión. Históricamente, se ha considerado que los antidepresivos tricíclicos mejoran los síntomas del TDAH (Higgins, 1999); sin embargo, los perfiles de los efectos secundarios de estas medicaciones (incluyendo la ganancia de peso, sedación y posibles problemas cardíacos) resultan a menudo difíciles de tolerar. Antidepresivos más nuevos, incluyendo el bupro-

prion (Conners, et al, 1996) y el compuesto atomexitina, recientemente aprobado (Kratochvil, et al., 2002), han demostrado ser eficaces en el tratamiento de ambos, el TDAH y la depresión, con perfiles de efectos secundarios más favorables. Cuando un psicólogo determina que un niño presenta síntomas de TDAH y depresión, debe ayudar al pediatra en la elección de la medicación (o una combinación de medicaciones) que será más eficaz en el tratamiento de todos los síntomas.

De modo parecido, aproximadamente una sexta parte de todos los niños con TDAH presentan también un trastorno de ansiedad comórbido (Newcorn, et al., 2001). Los miedos infantiles y problemas de sueño que son comunes en los trastornos de ansiedad podrían ser atribuidos a los síntomas del TDAH, o se podrían considerar como manifestaciones normales de la niñez. Más aún, los niños con TDAH, que presentan tendencia a tener miedos, ansiedad y comportamiento obsesivo, son a menudo difíciles de medicar adecuadamente. El efecto psicotrópico de los psicoestimulantes se produce al incrementar la actividad en las vías dopaminérgicas, y en menor grado, en las noradrenérgicas. Al aumentar la disponibilidad de estos neurotransmisores podría exacerbar los síntomas de miedo, ansiedad, y de comportamiento obsesivo. Por lo tanto, los psicoestimulantes no son las mejores medicaciones iniciales para usar con niños con TDAH que presentan síntomas obsesivos o de ansiedad. En su lugar, modafinil, un estimulante típico, podría ser una buena opción. Igualmente, los agonistas alpha-2 adrenérgicos, como son la clonidina o el guanfacina, también han mostrado mejorar los síntomas del TDAH sin aumentar la ansiedad (Connor, et al, 1999). Los psicólogos pueden ayudar a los pediatras a ser más conscientes de los síntomas comórbidos de ansiedad que presentan los niños e influir en la decisión sobre qué medicación representaría la mejor opción.

Un niño con un TDAH y un trastorno por tics comórbidos también merece discusión. Durante muchos años, la sabiduría tradicional considera que los psicoestimulantes empeorarían los tics. Por ello, cualquier niño con TDAH con una historia comórbida de tics no era un buen candidato para los estimulantes. La investigación reciente ha demostrado que éste era un enfoque equivocado. La comorbilidad entre el Trastorno de La Tourette (TT) y TDAH es significativa, con más del 50 por ciento de los niños con TT que presentan un TDAH comórbido (American Psychiatric Association, 2000). Ambos trastornos son

probablemente debidos a anomalías en el gen del transportador de la dopamina. Varios estudios han mostrado que niños con TT y TDAH sí responden a la medicación con estimulantes (ej., Gadow, et al., 1995). Cuando los estimulantes son usados, se reducen ambos, el TDAH y los síntomas del TT. De este modo, un psicólogo pediátrico podría ayudar a un pediatra a decidir si se justifica una prueba de medicación con estimulantes a niños que presentan TDAH y un trastorno de tics comórbido.

TRATAMIENTO

Algunos padres se resisten a un tratamiento de salud mental a largo plazo. Las razones para ello son complejas. Uno de los factores determinantes es la cobertura médica limitada. En los Estados Unidos, muchas familias carecen de los medios económicos o del seguro médico adecuado para permitirse un tratamiento de salud mental prolongado. Por consiguiente, los pediatras podrían ser reacios a derivar a los niños a un psicólogo. Sin embargo, los padres son más receptivos a una derivación para una consulta de dos sesiones, cuando está claro que el propósito es para aclarar el diagnóstico. He tenido mucho éxito con un enfoque en el que la primera sesión se dedica sólo a los padres, para revisar la descripción de los síntomas y la información personal, familiar, escolar, sanitaria y social relevante. La segunda sesión incluye una entrevista/observación del niño. Entre las sesiones, los padres completan escalas de medición de comportamiento, como las Escalas de Medición de Conners (Conners, 1998), o los Cuestionarios de Situaciones Casa/Escuela de Barkley (Barkley y Murphy, 2006). Esta evaluación se puede realizar dentro de las dos semanas de la derivación del pediatra y permite que el médico y los padres reciban un *feedback* oportuno sobre el diagnóstico y la disponibilidad de opciones de tratamiento. Muchos pediatras que derivan niños para una evaluación con un neurólogo pediátrico actualmente utilizan este modelo de derivación. Los psicólogos pediátricos familiarizados con cuestiones médicas y psicofarmacológicas también pueden ser una opción de derivación viable para estos pediatras. Una evaluación de dos sesiones con un psicólogo pediátrico tiene probablemente un coste similar a una evaluación con un neurólogo y normalmente puede realizarse con mayor prontitud ya que, en los Estados Unidos, la mayoría de los psicólogos no tienen tiempos de espera tan largos como los de los neurólogos pediátricos.

En otros casos, los padres intentan evitar que se medique a sus hijos. Algunos padres creen que los profesionales médicos abusan de la medicación y no son receptivos a otros tratamientos no médicos. Esos padres buscan enfoques de tratamiento alternativos cuando se enteran de que su hijo presenta síntomas de un trastorno, como ocurre con el TDAH. En esos casos, los pediatras también se beneficiarían de una derivación a un psicólogo pediátrico médicamente formado. Los pediatras pueden estar seguros de que el psicólogo será capaz de determinar objetivamente si la medicación es estrictamente necesaria para el tratamiento de los síntomas. En algunos casos en los que el tratamiento sin medicación probablemente no producirá demasiado beneficio, los padres podrían ser más receptivos a recibir este tipo de información de un profesional no médico, y podrían mostrarse más dispuestos a considerar la necesidad de volver al pediatra para recibir la medicación necesaria. Por otro lado, en los casos en los que la medicación podría no ser absolutamente necesaria, y la utilización de opciones no médicas (por ejemplo modificación de conducta), es una alternativa razonable, un psicólogo puede proporcionar este servicio y monitorizar el progreso del niño. Si el niño tiene una respuesta suficiente, la familia ha recibido el servicio necesario y se ha evitado el uso innecesario de medicación. Si la respuesta es insuficiente, se puede realizar en cualquier momento del proceso una derivación para medicación.

ACERCAMIENTO A LOS PEDIATRAS

Muchos pediatras no son conscientes de que algunos psicólogos tienen una significativa preparación de base en psicofarmacología. Tradicionalmente, los psicólogos americanos no han recibido una formación exhaustiva en medicina y en el uso de psicotrópicos, y muchos son en general críticos del uso de medicación psicotrópica. Sin embargo, durante las últimas dos décadas más psicólogos buscan una amplia formación en psicofarmacología. Recientemente, dos Estados (Nuevo México y Louisiana) y un territorio de los Estados Unidos (Guam) han aprobado una legislación que permite a los psicólogos adecuadamente formados prescribir medicación psicotrópica. Continúan los esfuerzos en muchos otros Estados para aprobar legislaciones similares, y cientos de psicólogos a lo largo de los Estados Unidos han completado una formación médica exhaustiva.

Para concienciar a los médicos de que algunos psicólogos tienen la suficiente base y formación para poder contribuir a las decisiones sobre los tratamientos médicos, se necesitan esfuerzos significativos para llegar a éstos. Los psicólogos necesitan comunicar a los médicos que (cuando sea apropiado) no sólo son receptivos respecto al uso de medicaciones, sino que además son competentes en la selección, dosificación y monitorización del uso de psicotrópicos. Los psicólogos que poseen esta formación de base en psicofarmacología, y que están dispuestos a proporcionar servicios centrados y limitados en el tiempo, complementarán los servicios pediátricos, siendo probable que la mayoría de los pediatras se sientan cómodos tratando a los pacientes de forma conjunta con estos psicólogos. Una relación profesional de colaboración entre un pediatra y un psicólogo pediátrico será gratificante para ambos profesionales, y permitirá que los pacientes reciban servicios eficaces, efectivos y rentables. El tratamiento de niños con TDAH es un área donde este tipo de relación de colaboración es especialmente necesario.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Author.
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook* (3rd ed.). New York: Guilford.
- Biederman, J., Newcorn, J., y Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.
- Biederman, J. (1998). Resolved: Mania is mistaken for ADHD in prepubertal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1091-1093.
- Bowring, M. A., y Kovacs, M. (1992). Difficulties in diagnosing manic disorders among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 611-614.
- Conners, C. K., Casat, C. D., y Gualtieri, C. T. (1996). Bupropion hydrochloride in attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1314-1321.
- Conners, C. K. (1998). *Conners rating scales*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Connor, D. F., Fletcher, K. E., y Swanson, J. M. (1999). A meta-analysis of clonidine for symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1551-1559.
- Gadow, K. D., Sverd, J., Sprafkin, J., Nolan, E. E., y Ezor, S. N. (1995). Efficacy of methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder in children with tic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 52, 444-455.
- Goldman, W. (2001). Is there a shortage of psychiatrists? *Psychiatric Services*, 52, 1587-1589.
- Higgins, E. S. (1999). A comparative analysis of antidepressants and stimulants for the treatment of adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Family Practice*, 48, 15-20.
- Jadad, A., Booker, L., y Gould, M. (1999). The treatment of attention-deficit hyperactivity disorder: An annotated bibliography and critical appraisal of published systematic reviews and metaanalyses. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 1025-1035.
- Kratochvil, C. J., Heiligenstein, J. H., Dittmann, R., Spencer, T. J., Biederman, J., Wernicke, J., Newcorn, J. H., Casat, C., Milton, D., y Michelson, D. (2002). Atomoxetine and methylphenidate treatment in children with ADHD: A prospective, randomized, open-label trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 776-784.
- Newcorn, J. H., Halperin, J. M., Jensen, P. S., Abikoff, H. B., Arnold, L. E., Cantwell, D. P., Conners, C. K., Elliott, G. R., Epstein, J. N., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hinshaw, S. P., Hoza, B., Kraemer, H. C., Pelham, W. E., Severe, J. B., Swanson, J. M., Wells, K. C., Wigal, T., y Vitiello, B. (2001). Symptom profiles in children with ADHD: Effects of comorbidity and gender. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 137-146.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Weissman, M. M., y Jensen, P. S. (2002). National trends in the use of psychotropic medications by children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 514-521.
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D., y Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 409-432.