

TDAH: DIAGNÓSTICO, DEMOGRAFÍA Y CLASIFICACIÓN EN SUBTIPOS

Dr. Russell A. Barkley

CURSO PARA PROFESIONALES

CAPÍTULO 1

BENVENIDOS

Hola y bienvenidos. Soy el Doctor Russell Barkley, Profesor Clínico de Psiquiatría en la Universidad de Medicina de Carolina del Sur (Medical University of South Carolina), en la ciudad de Charleston, Carolina del Sur. Antes de iniciar este curso, me gustaría compartir con Uds. cuáles han sido mis fuentes de ingresos durante el pasado año, por si consideran que pueda existir algún conflicto de intereses con esta presentación.

REVELACIÓN DE FUENTES DE INGRESOS

Desde que me jubilé de la Cátedra de Medicina de la Universidad de Massachusetts en el año 2002, sigo en activo mediante las conferencias que imparto a nivel internacional sobre TDAH y otros trastornos relacionados. Recibo derechos de autor de varias editoriales y empresas que se dedican a organizar conferencias y cursos. Y por supuesto deben saber, que asesoro a muchas de las empresas farmacéuticas que venden productos para el tratamiento de TDAH.

BREVE GUÍA DE SIGNIFICADOS

TDAH – Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad

TDA - Trastorno de Déficit de Atención

TCL- Tempo Cognitivo Lento

TND- Trastorno Negativista Desafiante

TC - Trastorno de Conducta

TGC- Trastorno Generalizado de la Conducta

TGD- Trastorno Generalizado del Desarrollo

TOD – Trastorno Oposicionista Desafiante

TA- Trastorno de Aprendizaje

TOC- Trastorno Obsesivo Compulsivo

FE- Funciones Ejecutivas

ST- Síndrome de Tourette

DSM- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

FDA- Agencia Federal de Alimentos y Drogas

CPF – Corteza Pre-Frontal

AR- Auto-Regulación

TDFE – Trastorno Deficitario de las Funciones Ejecutivas

TDC- Trastorno del Desarrollo de la Coordinación

TEA- Trastorno del Espectro Autista

PSI- Prueba de Índice de Estrés Parental

TLP- Trastorno Límite de Personalidad

TAH: DIAGNÓSTICO, DEMOGRAFÍA Y CLASIFICACIÓN EN SUBTIPOS

Este curso en particular se va a centrar en la naturaleza del TDAH, su diagnóstico, algunas de sus características demográficas y en especial, en su clasificación en subtipos.

¿QUÉ ES EL TDAH? LA VISIÓN CLÍNICA ACTUAL

Actualmente vemos el TDAH como un trastorno del desarrollo de dos capacidades neuropsicológicas. El primero tiene que ver con hiperactividad y comportamiento impulsivo. Es una dimensión que refleja problemas con el desarrollo de la inhibición motora y cognitiva. Esta dificultad con la inhibición se manifiesta en comportamiento verbal disminuido, por ejemplo, hablar en exceso o interrumpirles a otros. Se manifiesta también en dificultades con la inhibición motora, con acciones y gestos impulsivos.

Pero también vemos problemas con la inhibición cognitiva por lo que el individuo toma decisiones de forma impulsiva, sin tener suficientemente en cuenta las consecuencias de sus actos. Esta dificultad le lleva a subestimar seriamente la naturaleza y el valor de las consecuencias futuras, y por lo tanto a tener dificultad con la gratificación diferida. Es decir, que estas personas se dejan fascinar por la gratificación o premios inmediatos, incluso cuando se trata de una gratificación mucho más modesta, comparada con unas consecuencias o premios diferidos más importantes.

Ahora bien, es en esta dimensión de los síntomas del TDAH donde encontramos la actividad motora excesiva del individuo, es decir, la hiperactividad. Durante la infancia esto se manifiesta a través de un exceso de movimientos inquietos, de retorcerse, de correr de un lado para otro, trepar y tocar objetos. Pero este problema con la actividad motora, va a disminuir de forma marcada con la edad, de manera que, al llegar a la adolescencia y desde luego a la edad adulta, deja de tener un valor diagnóstico. Es en la edad adulta e incluso en la adolescencia, más que en la infancia, cuando las personas afectadas tienen dificultades con las funciones ejecutivas y la autorregulación.

Pero vemos también en el TDAH, un problema que no se destaca dentro del manual actual de diagnóstico y estadística, el DSM-IV, y es el problema con la impulsividad emocional. Es lógico que exista, porque todo lo que pensamos, lo que decimos y lo que hacemos está estrechamente ligado a las emociones. Y por lo tanto, si las personas con sufren este trastorno son más impulsivas en su pensamiento, su habla y su comportamiento, es lógico que sean más impulsivas a la hora de expresar sus emociones.

Ahora bien, no se trata de un trastorno del estado de ánimo ni de un trastorno emocional. Los individuos que tienen TDAH tienen estados de ánimo y emociones racionales, es simplemente que son más impulsivos a la hora de mostrarlos. Por eso sus emociones se expresan de una manera más visceral, sin monitorizar, y de forma más inmediata que en otros individuos. La emoción en sí es normal, pero no se ha sometido a la regulación vertical del estado emocional que es característica en el desarrollo de los individuos con una mayor madurez. Es decir, que el problema está en los aspectos ejecutivos del control emocional y no en la emoción en sí. De todos modos, personas con TDAH van a expresar sus emociones más inmediatamente y de una manera menos moderada que otros individuos, especialmente la impaciencia, la baja tolerancia de la frustración, la tendencia a enfadarse fácilmente, la agitación y la tendencia a llevar las emociones a flor de piel.

Sabemos que las personas con este trastorno van a tener dificultades con la regulación de las emociones una vez que se han expresado. Esta es la segunda etapa de la emoción, después de la inhibición de las emociones.

Las personas en general, matizan y mitigan sus emociones para que resulten más aceptables a nivel social, manteniendo en mente sus objetivos, consecuencias y bienestar a más largo plazo. Pero las personas con TDAH no lo hacen así y tienen dificultad con esta etapa del control emocional.

Hago hincapié en este tema porque no está incluido en el DSM-IV, aunque debería figurar. La impulsividad emocional ha formado parte del trastorno desde que fue descubierto en 1798 por Alexander Creighton, y desde entonces figura en nuestras teorías.

Pero a principios de 1968, la impulsividad emocional y la deficiente regulación de las emociones, fueron eliminadas del listado de los primeros criterios de diagnóstico para TDAH en el DSM-II. Desde entonces y hasta la actualidad siguen sin figurar. Es mi esperanza que en el DSM-V la impulsividad emocional vuelva a incluirse, como uno de los criterios importantes en el diagnóstico del TDAH.

MÁS SOBRE EL TDAH

Ahora, la segunda dimensión de TDAH que no se está desarrollando a un ritmo adecuado, es la de la falta de atención. Pero la falta de atención en sí, no tiene un valor diagnóstico especial. Casi todos los trastornos psiquiátricos interfieren con algún aspecto de la atención. Y eso es porque la neuropsicología reconoce que el cerebro humano gestiona por lo menos seis tipos distintos de atención. Cada uno tiene una red y una ubicación distinta en el cerebro y es probable, que distintos tipos de neurotransmisores intervengan en éstos. El TDAH no disminuye todos estos tipos de atención, así que lo que queremos saber es si interfiere con un tipo de atención más que otro y si esto, puede tener un valor diagnóstico. La respuesta es afirmativa.

Desde hace por lo menos diez años, los científicos han podido demostrar que el TDAH afecta especialmente a la capacidad de insistir en un comportamiento y en unas acciones, cara a lograr objetivos o a realizar tareas. Es decir, que este trastorno crea problemas con la atención o acción sostenida, dirigida hacia un resultado en el futuro.

Creo que el término persistencia es especialmente apropiado en este contexto, porque estamos hablando ahora de la capacidad de mantener una acción cara a cumplir un objetivo. No estamos hablando de un aspecto perceptivo de la atención, como una reactividad o detección sensorial, o de aspectos selectivos de atención, como por ejemplo, la atención focalizada. Donde vemos los mayores problemas es en la capacidad de sostener una acción para realizar un objetivo.

Una manera de comprenderlo es pensar en el cerebro de una manera simplificada, como un aparato de entrada y salida.

El TDAH no interfiere especialmente con el aspecto de entrada de datos en el cerebro, es decir con la atención dirigida hacia la entrada de información.

Sin embargo, interfiere en el comportamiento que constituye la salida, es decir, la manera en que el comportamiento se planifica, se organiza, se ejecuta, se sostiene, se evalúa y se monitoriza.

Ahora bien, todos son aspectos del lóbulo frontal, el que regula la función motora, y es aquí, en esta parte del cerebro que controla las acciones, donde es más probable que el TDAH tenga su mayor efecto adverso. Así que lo mejor, es que pensemos en las dificultades para mantener la atención que se asocian con el trastorno, como dificultades para persistir en la realización de tareas, objetivos y visión hacia el futuro en general.

Relacionada con este problema, con la persistencia, está la dificultad para resistir a las distracciones. Y es importante comprender aquí, que de nuevo, no se trata de una dificultad perceptiva. Las personas con TDAH no perciben mejor las distracciones que otras personas. No es que tengan un umbral perceptivo más bajo. Lo que notamos es que tienen grandes dificultades para resistir y no responder a elementos de distracción.

Por lo tanto, van a responder a un acontecimiento que no tiene relevancia para su objetivo y de esa manera se distrae de su tarea principal, mucho más rápidamente que otras personas. Normalmente un individuo sin TDAH, detecta un elemento de distracción pero no le hace caso. Suprime esa respuesta y continúa con las acciones que ha emprendido para implementar sus planes y lograr sus objetivos. Todos nos distraemos de vez en cuando, normalmente por sucesos importantes, que hacen que dejemos de realizar la tarea en que estábamos. Y entonces tenemos que enfocar nuestra atención y dirigir nuestro comportamiento hacia lo que nos ha interrumpido.

Pero ellos vuelven a centrarse en su objetivo original, una vez que hayan resuelto la situación que les interrumpió. Es decir, se vuelven a centrar en la tarea y reanudar las actividades que estaban realizando, antes de responder a la distracción. En cambio, esto supone un problema especial para personas con TDAH, porque una vez que se distraigan es mucho menos probable que vuelvan a su tarea inicial para terminarla.

De esta manera saltan de una tarea incompleta a otra, sin terminar ninguna y dejándose llevar por todos los acontecimientos que les distraen y por lo que pueda ocurrir en el momento.

La dificultad de reanudar una tarea una vez que se haya interrumpido, no es una función de ninguna de las redes dedicadas a la atención.

Es aparentemente una función de la memoria de trabajo. La memoria de trabajo, es una de las siete funciones principales en las que interviene la corteza prefrontal. Se puede considerar sencillamente, como la capacidad de mantener en mente los datos que servirán para orientar un comportamiento a lo largo del tiempo, para conseguir un objetivo. Así que incluye, no solamente el objetivo en sí y la secuencia de acciones necesarias para lograr ese objetivo, sino también la organización temporal de estas acciones.

Toda esta información está guardada en la mente de una manera activa y consciente, con el propósito de guiar nuestras acciones a lo largo de un tiempo. Podemos pensar en ello sencillamente como la capacidad de recordar para poder realizar una acción. No se trata de recordar datos o conocimientos, ni es un almacenamiento a largo plazo o capacidad de recuperar datos, o la idea que tradicionalmente tenemos del término “memoria”. Es la memoria que se activa al servicio de guiar un comportamiento hacia el futuro y específicamente, hacia el objetivo que el individuo ha elegido cumplir.

Entonces aquí tenemos indicios de que el TDAH interfiere con una de las más importantes funciones ejecutivas, la memoria de trabajo, con lo cual es posible que en sí, pueda ser un trastorno de las funciones ejecutivas. Está claro que hay indicios que demuestran, que muchos de los síntomas que atribuimos al TDAH y que tienen que ver con la falta de atención, son en realidad dificultades con la memoria de trabajo. Entonces, ya que la inhibición es también una de las siete funciones ejecutivas importantes, vemos que puede ser un trastorno que interfiere por lo menos, con dos de las funciones ejecutivas. La primera dimensión de los síntomas a los que nos hemos referido, ha sido el problema con la inhibición.

Y la dimensión de síntomas que estamos comentando ahora, la de la falta de atención, puede incluir problemas con la memoria de trabajo.

Tengo otro curso en esta página web, que examina con más detalle si el TDAH es un trastorno de las funciones ejecutivas o no. Yo por supuesto, considero que sí lo es, y espero que se matriculen en ese curso para comprender las razones que me han llevado a llegar a esa conclusión.

Pero de momento digamos simplemente, que el trastorno conlleva un problema con la inhibición y con esos aspectos de la atención que tienen que ver con la persistencia para cumplir un objetivo, resistirse a las distracciones y volver a reanudar tareas una vez que nos han interrumpido, o en la memoria de trabajo.

PREVALENCIA

Ahora veamos algunos de los aspectos demográficos de TDAH y entonces volveremos al tema de su naturaleza y sus sub-clasificaciones. Al principio se pensaba que el trastorno se manifestaba en aproximadamente del 2 al 5% de los niños, basado en los criterios de DSM anteriores. Pero desde el DSM-IV incluimos un nuevo subtipo, que se centraba principalmente en la falta de atención. Este tipo de TDAH no se había incluido en DSM-III R y al incorporarlo, se amplió su definición. Con esta ampliación casi se llegó a doblar la prevalencia de TDAH en los Estados Unidos, para llegar a una cifra de aproximadamente el 7,7% de los niños, que se traduce a una cifra de entre 3 y 4 millones de niños.

Ahora sabemos, que este trastorno persiste también en adultos y podemos ver que entre un 4 y 5% de la población adulta de los Estados Unidos, tiene TDAH. Es decir, aproximadamente dos tercios de los casos en la población infantil, se mantienen en la edad adulta. Si nos basamos en el último censo, entre 12 y 15 millones de adultos estadounidenses, actualmente tienen el trastorno. A propósito, estudios como el Estudio Nacional de Comorbilidad, han demostrado que sólo un 10% de los adultos que tienen TDAH, han sido diagnosticados o tratados específicamente para este trastorno. Así que en la actualidad, la gran mayoría de adultos en los Estados Unidos, está sin diagnosticar y sin tratar.

Si examinamos las cifras de prevalencia en niños y en adultos a nivel mundial, vemos que aproximadamente el 5,5% de los niños tiene este trastorno y entre el 3 y el 4% de los adultos, está dentro de los parámetros del TDAH. Observamos que estas cifras son ligeramente menores que las cifras de prevalencia en los Estados Unidos. Eso es porque aparentemente es un poco más prevalente en los países desarrollados, que en países poco desarrollados o subdesarrollados.

El motivo puede estar relacionado con una mejor calidad de atención sanitaria, especialmente para neonatos, y en particular, los que han nacido prematuros. Es decir, que en los países desarrollados hay más posibilidad de salvar a bebés que sin embargo habrían fallecido en países poco desarrollados o subdesarrollados.

El poder salvar a estos bebés puede resultar en un pequeño aumento en la prevalencia de TDAH en los Estados Unidos o en los países desarrollados en general.

Sea lo que sea el motivo, los países desarrollados tienen un nivel ligeramente mayor de casos de TDAH que los países sin desarrollar y varía en función de varios factores demográficos. Primero, como hemos visto en la diapositiva, es más común en las personas más jóvenes y sigue disminuyendo un poco con la edad, incluso más allá de los 30 años. También es más común entre ciertas clases sociales, especialmente la clase media-baja y la clase obrera. Aquí la prevalencia del trastorno es un poco mayor, lo suficiente para ser significativo en comparación con otras clases sociales, y la razón probablemente tiene que ver, con el hecho de que el TDAH interfiere con la educación. Por lo tanto, individuos que lo tienen en la infancia, probablemente tendrán un nivel más bajo de formación.

Sabemos también que el TDAH es mucho más común en zonas urbanas de población muy densa, que en zonas de las afueras de las ciudades o zonas rurales. No estamos hablando aquí de las estadísticas basadas en las personas derivadas hacia especialistas, para ser valoradas y diagnosticadas, sino de los casos actuales o la prevalencia real del trastorno. Puede ser que veamos más personas derivadas para diagnóstico y tratamiento del TDAH, en poblaciones con un nivel de ingresos más altos.

No quiere decir que el TDAH es más prevalente allí, sino que hay más posibilidades de que se identifique, se derive y se trate en estas zonas de población. Sin embargo, cuando examinamos la prevalencia del mismo dentro de la población, parece que es más común en áreas de población densa o en centros urbanos, que en zonas rurales.

Sabemos también que el TDAH puede encontrarse más en ciertas poblaciones o ciertos sectores demográficos que en otros, en especial con referencia a la actividad laboral. Por ejemplo, parece más común entre los hijos de personal militar que entre la población en general.

El ejército no tiene relación con las causas del trastorno, pero puede ser que cuando individuos que lo tienen se hagan adultos y busquen una profesión, un mayor número de ellos, eligen carreras dentro el ejército.

Probablemente está relacionado con el hecho que ya he comentado, que personas con TDAH tienen menor probabilidad de cursar estudios superiores que otros individuos. El ejército es una de las muchas buenas elecciones profesionales disponibles, para personas que no van a entrar en la universidad o seguir con estudios superiores.

Como se puede ver aquí, el TDAH se encuentra dentro de todas las etnias y en todos los países donde se ha estudiado. Por lo tanto, no es un trastorno limitado a países occidentales o desarrollados. Sólo existen pequeñas variaciones en su prevalencia en distintas etnias y la mayor parte desaparecen cuando tenemos en cuenta diferencias de clase social. Sin embargo, varios estudios recientes indican, que su prevalencia puede ser ligeramente más alta dentro de la población hispano-latina que en otros grupos étnicos. La diferencia es muy pequeña, y no hay unas razones claras que expliquen el porqué de estos resultados. Por lo tanto, no le doy mucha importancia más allá de comentar que varios estudios han sacado estas conclusiones y valdría la pena indagar en las razones que hay detrás.

EL TDAH VARÍA SEGÚN LA SITUACIÓN

Aquí se puede ver, que el trastorno varía en cuanto a su gravedad, según la situación en la que se encuentra el individuo, así que fluctúa visiblemente según varios factores relacionados con una situación. Al lado izquierdo de mi diapositiva, verán un listado de situaciones en las que el TDAH ocurre con menos frecuencia, en menor grado o con menor severidad. Cuando una situación es divertida o más interesante, cuando hay una retroalimentación más frecuente y más inmediata, cuando el individuo es el centro de atención, es decir, en situaciones con un solo interlocutor, muy estructuradas y supervisadas. Estas personas tienden a portarse mejor por la mañana que por la tarde y en las situaciones que ven en este listado. Las personas afectadas muestran síntomas más severos y tienen mayores dificultades, en las situaciones descritas al lado derecho de la diapositiva.

De hecho, el comportamiento de personas con TDAH fluctúa más según la situación y el entorno, comparados con personas que sufren otros tipos de trastornos. Esto puede ser por el hecho de que las situaciones descritas al lado derecho del diagrama, que sacan lo peor de estas personas, requieren un mayor grado de autorregulación, que las situaciones descritas al lado izquierdo. Sabemos que la auto-regulación está controlada por las funciones ejecutivas.

Ya he comentado que hay indicios de que el TDAH es un trastorno de las funciones ejecutivas. Por lo tanto, tiene todo el sentido del mundo que las situaciones que ponen a prueba al sistema ejecutivo, o que requieren mayor autocontrol y autorregulación, serán las situaciones en las que estas personas tienen más tendencia a dejar aflorar sus síntomas o mostrar síntomas más severos.

Por todo esto, cuando un médico clínico realiza una evaluación y/o diagnóstico, es más útil dedicar más tiempo a examinar su comportamiento en las situaciones del lado derecho de la diapositiva, que las del lado izquierdo, en las que estas personas se sienten más a gusto.

DIFERENCIAS POR GÉNEROS

En el TDAH vemos algunas diferencias por género. En una estadística de la población general, el número de casos de niños varones afectados, es tres veces mayor al de las niñas. Si cogemos una muestra de la población derivada hacia la consulta para el TDAH, veremos que el ratio es aún mayor, de 5 niños por cada niña. Por algún motivo, se derivan más varones que mujeres a clínicas psiquiátricas y a psicólogos. Puede estar relacionado con la mayor prevalencia de comportamientos agresivos entre hombres con TDAH, que entre mujeres. Es más frecuente derivar a individuos con comportamientos conflictivos a profesionales de la salud mental para su evaluación, que a personas con comportamientos más tranquilos. Pero sea cual sea la razón, es cierto que el trastorno se encuentra en un número más elevado de niños que de niñas. Esta estadística de prevalencia casi se nivela, cuando los individuos llegan a la edad adulta.

En un estudio reciente que realicé con adultos con TDAH, no encontramos ninguna diferencia en la prevalencia del trastorno entre hombres y mujeres. No está claro el motivo de esta nivelación entre géneros en personas adultas y es una cuestión que ciertamente merece una mayor investigación.

Cuando estudiamos adultos o chicas, para examinar las diferencias por género, vemos que hay muy pocas. Es decir, que a nivel cualitativo, varones y mujeres están igualados. No hay mucha diferencia entre los síntomas que observamos en ambos géneros. Lo que sí vemos, es que el trastorno puede afectar en mayor o menor medida las capacidades en un género que en otro, basado en las decisiones que cada individuo toma respecto a su entorno profesional y doméstico.

Por lo tanto, parece que la disfunción tiene más que ver con el papel que cada uno decide desarrollar, y a nivel general las mujeres no tienen un mayor nivel de disfunción que los hombres. Pero sí existen diferencias entre hombres y mujeres dentro de la población. Sabemos que a nivel general, los hombres tienen mayor tendencia hacia comportamientos antisociales, el consumo de drogas y trastornos adictivos.

Y que las mujeres, tienen mayor tendencia a tener problemas con depresión u otros trastornos del estado de ánimo o trastornos relacionados con la ansiedad.

Y observamos exactamente las mismas diferencias entre hombres y mujeres con TDAH. Es decir, que mujeres con este trastorno tienen una mayor tendencia a la ansiedad y depresión que los hombres y ellos tienen una mayor incidencia con actividades antisociales y consumo de drogas y en general, con comportamientos más arriesgados. Estudios recientes demuestran, que las mujeres con TDAH tienen un ligero aumento de las posibilidades de desarrollar trastornos de la alimentación en la adolescencia o al entrar en la edad adulta. Pero no todo tipo de trastorno de alimentación, sino específicamente la bulimia, el trastorno de la ingestión impulsiva de comida.

Habiendo dicho esto, volveré a insistir que a nivel global, existen muy pocas diferencias de género en la manifestación del trastorno entre niñas y niños, hombres y mujeres. Las diferencias de género que observamos, son las que están presentes entre la población en general.

CRITERIOS PARA EL TDAH EN EL DSM-IV

Todos Uds. deberían estar familiarizados con los criterios de diagnóstico que se publicaron en el DSM-IV. Se publicaron en 1994 y han servido como nuestra guía para las normas de cuidado durante por lo menos 17 años. Los repasaré rápidamente, pero no voy a dedicarles mucho tiempo porque si Uds. están apuntados para este curso, son profesionales de la salud mental y les serán familiares.

Todos sabrán que los criterios de diagnóstico de TDAH requieren que estén presentes por lo menos seis síntomas, que éstos ocurran a menudo o con gran frecuencia, y que estén presentes por lo menos, seis de los síntomas indicados en el listado de falta de atención o en el listado de hiperactivo-impulsivo. Estos síntomas tienen que haberse desarrollado en exceso a lo apropiado para la edad del individuo, tienen que haber persistido durante por lo menos seis meses, tienen que ocurrir en un mínimo de dos marcos situacionales, por ejemplo en el

caso de los niños, en casa, en el colegio y en situaciones sociales, o en el caso de los adultos, en casa, en clase, en el trabajo o en situaciones sociales.

Para realizar un diagnóstico de TDAH, no es suficiente que el individuo tenga estos síntomas. Tienen que perjudicar el desarrollo de sus principales actividades vitales. Según los criterios del DSM, los síntomas se tienen que haber manifestado antes de los siete años de edad. Volveremos a hablar de esto porque como voy a explicar seguidamente, no existe ninguna base científica para establecer esta edad de inicio. De hecho, los estudios de campo que se realizaron para el DSM y cuyos resultados fueron publicados después de que el DSM fuera a la imprenta, demuestran que fijar los siete años como edad de inicio no fue ni fiable ni apropiado.

Los criterios del DSM requieren que antes de diagnosticar a un individuo con TDAH, descartemos que tenga otro trastorno que podría presentar algunos de los síntomas de TDAH. Es decir, que si existe un trastorno que explica los síntomas que presenta el individuo, no hay necesidad de añadir otro trastorno al diagnóstico.

El DSM dice también que el TDAH no puede estar presente dentro del contexto de trastornos generalizados del desarrollo o trastornos dentro del espectro autista. Y eso por supuesto, no es cierto.

Porque lo cierto es que el TDAH, sí puede ocurrir dentro del contexto del espectro autista. Lo importante es que el DSM manifiesta que no se debería dar un número excesivo de diagnósticos; si los síntomas se explican mejor dentro del contexto de un diagnóstico, no hace falta que añadamos otro. Los criterios del DSM actual, identifican por lo menos tres subtipos de TDAH: el que tiene síntomas de un exceso de falta de atención, pero sin indicios de hiperactividad, que se llama de tipo principalmente inatento; lo contrario – el que tiene síntomas de un exceso de hiperactividad e impulsividad pero sin falta de atención, que se llama de tipo principalmente hiperactivo; y el que tiene ambos y que se llama de tipo combinado.

SÍNTOMAS DE INATENCIÓN (DSM-IV)

Aquí están las dimensiones de los síntomas que hemos estado comentando. Este es el listado de los síntomas de falta de atención. Son nueve. Para que un síntoma se tenga en cuenta como tal, tiene que manifestarse a menudo o con mayor frecuencia.

SÍNTOMAS HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD

Este es el listado de síntomas para la dimensión hiperactivo-impulsivo del TDAH. Aquí también son nueve y un síntoma tiene que manifestarse a menudo o con mayor frecuencia, para que se tenga en cuenta como tal.

TEMAS PENDIENTES PARA EL DSM-V

Actualmente el Comité para la redacción del DSM-V, se está reuniendo para debatir posibles cambios en estos criterios de diagnóstico y es de espera, que los criterios del DSM-V se publiquen en 2013, si todo va según el calendario previsto. Dentro de los criterios del DSM-IV, hay varios temas que se han identificado como problemáticos y al comentarlos con Uds., me gustaría que los fueran corrigiendo en vez de esperar a si el DSM-V los corrige y de qué manera.

Uno de los problemas que ya he mencionado, es que el listado de síntomas de falta de atención refleja algo más que una falta de atención en sí. Es decir, que se refiere a franjas más amplias de impedimentos de la función cognitiva, de lo que refleja el término “falta de atención” en sí. Y comentamos el hecho de que este listado de síntomas probablemente refleja dificultades en la memoria de trabajo y no simplemente una falta de atención. Ya que la memoria de trabajo es una de las principales funciones ejecutivas, puede ser que este listado de síntomas recoja problemas con todas las funciones ejecutivas y no solamente con la memoria de trabajo. Por lo tanto, tenemos que tener en cuenta al evaluar a pacientes con TDAH, que el tipo de falta de atención descrito en este listado, puede reflejar un problema más amplio de las funciones ejecutivas.

El segundo problema con los criterios actuales recogidos en el DSM-IV, es que prestan poca atención a los síntomas de impulsividad. Sólo 3 de los 18 síntomas en el listado del DSM, reflejan la impulsividad y todos tienen que ver con comportamientos verbales. No incluye ningún síntoma de impulsividad cognitiva ni motora y sobretodo emocional.

Por lo tanto el Comité del DSM, está considerando la posibilidad de añadir por lo menos cuatro o cinco síntomas de impulsividad en el listado de síntomas de hiperactividad impulsiva, de las que actualmente se encuentran en el DSM-IV y espero que así lo haga.

De todos modos, los médicos clínicos son conscientes hoy día, de que existe un problema mayor relacionado con la impulsividad, que la impulsividad verbal, como indica el listado de síntomas en el DSM.

He descrito algunos de estos síntomas anteriormente en esta charla: la impulsividad cognitiva, motora, verbal y emocional.

Como he comentado al inicio de esta charla, el DSM no recoge la impulsividad dentro del campo emocional en el TDAH, aunque sabemos desde hace muchísimos años, que las emociones están implicadas en este trastorno. Animo a los médicos clínicos para que presten atención a la impulsividad emocional que comenté antes y que acompaña al trastorno. Ya veremos si en el DSM-V, las emociones vuelven a estar dentro de los criterios. Pero aunque no lo haga, la impulsividad emocional y la dificultad para autorregular las emociones, forman una parte central e intrínseca del TDAH y no algo separado.

Las palabras que se utilizan para describir los síntomas en el DSM-IV, fueron pensados para describir este trastorno en niños y niñas y no necesariamente para adultos. De hecho, las pruebas de campo que se hicieron para el DSM-IV, no incluyeron a ningún adulto. Por lo tanto, no sabemos si la descripción actual de los síntomas es adecuada para diagnosticar a adultos. En numerosos estudios, incluidos los que publiqué en 2008 en mi libro, “TDAH en adultos: lo que dice la ciencia”, encontramos que la definición de los síntomas serían mejores si se alterara su estructura, y que incluso podríamos añadir nuevo síntomas que reflejen el TDAH en la edad adulta.

MÁS TEMAS PARA EL DSM-V

Y en breve les enseñaré un listado de estos síntomas. Pero por el momento simplemente mantener presente que los síntomas actuales que encontramos en el DSM-IV, están escritos pensando en niños y niñas y puede ser que no sean especialmente útiles para evaluar a adultos. Los adultos “no se comportan como si fueran impulsados por un motor” y no tienen dificultades para “jugar tranquilamente”. Es ciertamente necesario reformularlos.

El umbral de entre 6 y 9 síntomas en cada listado de evaluación para el diagnóstico de un TDAH, también está pensado para niños y niñas. Los últimos estudios han mostrado claramente, que no funcionan muy bien para adultos. Por esa regla, si se mantiene el mismo umbral durante varias etapas del desarrollo, habría un momento en que las personas dejarían atrás al TDAH. Pero lo que hemos encontrado, es que lo que dejan atrás, son los criterios de diagnóstico y no el trastorno, que se mantiene relativamente severo y con unos síntomas que les impiden desarrollarse de una forma apropiada, para su etapa como adulto.

Así que si van a utilizar el listado de síntomas del DSM-IV tal como está escrito, tendrán que bajar el umbral en cada listado según avanza la edad. Mis propios estudios sugieren que el umbral de los 6 síntomas de un total de 9, es más apropiado para individuos jóvenes hasta los 17 años, 5 síntomas constituirían un umbral más apropiado. Desde los 18 y hasta los 29 años y a partir de los 30 años, se bajaría a 4 síntomas como umbral más apropiado. Al hacerlo así, se mantiene la sensibilidad de los criterios en su aplicación a la etapa adulta del trastorno.

Necesitamos comprender también, que estos límites diagnósticos se desarrollaron basándose más en los niños que en las niñas. En las pruebas de campo que se realizaron para el DSM-IV, había por lo menos 2 o 3 veces más niños que niñas. Y ya que sabemos que los síntomas de TDAH ocurren con mayor frecuencia dentro de la población masculina en general que en la población femenina, se crea una visión sesgada de la manera de aplicar los criterios según el género.

De esta manera, para diagnosticar TDAH en una niña, según criterios desarrollados para los niños, esta tendría que demostrar síntomas más severos que un niño, en relación a la población general. Y como hemos comentado, incluso en la población general estos síntomas se asocian más con los niños.

Para evitar el problema de necesitar ciertos criterios más severos para niñas que para niños, les animo a utilizar escalas numéricas de evaluación de los síntomas de TDAH. Las escalas normalmente llevan medias estadísticas que diferencian entre los resultados para niños y para niñas y por lo tanto, serán más precisos en la indicación del nivel de desarrollo inapropiado para las niñas, que los criterios del DSM-IV. Existen varias escalas numéricas de evaluación para niños y niñas que se pueden utilizar: la Escala TDAH-4 realizada por DuPaul y sus compañeros, la Escala Vanderbilt, la Escala Connors, la Escala ADDES (Escala de evaluación de TDAH en adultos)...

Todos tienen medias estadísticas separadas para niños y niñas y para adultos. Para adultos está la Escala Connors y mi Escala Barkley para adultos, que ya está disponible y tienen medidas diferenciadas para hombres y para mujeres. Estas escalas les permitirán realizar una evaluación más precisa del nivel inapropiado de desarrollo en mujeres, que con el DSM. Para resumir: cuando evaluamos a nuestros pacientes, deberíamos utilizar escalas numéricas de evaluación y no sólo los criterios del DSM, especialmente cuando analizan a niñas y a mujeres.

El DSM requiere que los síntomas duren por lo menos seis meses y esto se aplica a más de 200 trastornos de Acceso 1. Sabemos que la naturaleza simplemente no funciona así y que la misma duración mínima de averiguación o duración no se puede aplicar a todo tipo de trastorno. Para el TDAH resulta que una duración mínima de un año puede ser útil, especialmente al evaluar a niños y niñas en edad preescolar. Esto ocurre como resultado de varias cosas que hemos averiguado.

Primero, sabemos que incluso preescolares sin el trastorno pueden demostrar algunos síntomas de TDAH, especialmente entre los dos y los tres años, cuando evolucionan a través de lo que llamamos los terribles dos y tres años. Pero estos síntomas suelen durar entre tres y seis meses y por lo tanto, no indican a nivel general que una persona vaya a desarrollar el TDAH en uno o dos años.

Los estudios de niños y niñas en edad preescolar indican, que si un niño tiene síntomas significativos del trastorno y han durado por lo menos un año, constituyen un patrón estable de comportamiento y sugiere que tiene mayor riesgo de diagnosticarle un TDAH, cuando entra en el colegio. Creo que estos resultados nos animan a utilizar un año como período de duración, para asegurarnos de que estamos identificando un patrón estable de síntomas y comportamiento en el individuo y no simplemente una reacción a una situación específica o un período temporal de comportamiento extremo, como resultado de una etapa de desarrollo.

El DSM dice que los síntomas deben ser inapropiados para la etapa de desarrollo, pero no nos indica hasta qué punto. Sé que establece un umbral de 6 síntomas de cada listado, pero sólo se puede aplicar a niños y niñas y creo que hace falta aplicar un umbral que se pueda utilizar a lo largo de la vida del individuo. En psicología es muy frecuente aplicar un umbral de desviación estándar de 1.5 sobre la media, como índice de anormalidad estadística, es decir, que el individuo tiene un perfil poco frecuente dentro de la población.

Los individuos que cumplen o sobrepasan este criterio, estarían entonces en el 93%, es decir dentro del 7% más alto de la población. Aunque parece una forma algo arbitraria para determinar la desviación de lo apropiado para el nivel de desarrollo, no carece de sentido.

Cuanto más alejado se encuentra un individuo en la curva de distribución normal, más severo es su grado de disfunción y más posibilidades tiene de tener dificultades en por lo menos uno de los aspectos principales de su vida.

Pero por lo general las personas que sobrepasan ese 93%, tienen muchísimas posibilidades de sufrir una disfunción en la realización de un aspecto importante de su vida. Con todo esto quiero decir, que creo que tenemos que ser más precisos a la hora de comunicar a los médicos clínicos lo que consideramos un desarrollo inapropiado, y no resumirlo en una frase relativamente ambigua.

MÁS TEMAS PARA EL DSM-V

En esta diapositiva verán algunos problemas adicionales que hemos identificado con los criterios del DSM-IV y cómo corregirlos. El DSM-IV estipula, que los síntomas tienen que presentarse dentro de varios marcos situacionales. Muchos médicos clínicos interpretan que esto significa que los padres y los profesores tienen que estar de acuerdo acerca del grado de seriedad del trastorno, antes de que se pueda realizar un diagnóstico, y desde luego no es así.

El DSM se elaboró al contar el número de síntomas distintos que observaban los padres y sumarles síntomas adicionales, síntomas nuevos, que fueron identificados por el profesor del niño. Es decir, que es una combinación de información aportada por dos o tres individuos, un recuento del número de síntomas que se presentan dentro de distintos contextos. No significa que los padres y los profesores, cada uno por su lado, tienen que coincidir en seis síntomas de cualquiera de los dos listados, para poder diagnosticar a un niño con TDAH. Simplemente pedimos que algunos síntomas que causan algún tipo de disfunción, estén presentes en más de un entorno.

No pedimos que los padres y los profesores estén de acuerdo, por un motivo muy concreto: cuando estudiamos varias escalas numéricas de evaluación del comportamiento sobre la adaptación psicológica infantil, por ejemplo el CBCL (Child Behaviour Checklist), encontramos que el grado de coincidencia entre los padres y los profesores fue de 0,3, es decir, una correlación de aproximadamente 0,25 o 0,30. Es bajísimo.

Significa que la diferencia entre la calificación de los padres y la de los profesores, es menos de 10%. Lo que realmente significa, es que los niños se comportan de forma muy distinta en el contexto del colegio, que en el hogar. Deberíamos respetar esta diferencia y no intentar que forme parte de nuestros criterios de diagnóstico, donde lo único que produce es confusión.

Los médicos clínicos deberían utilizar el DSM de la manera como he explicado que fue desarrollado. Es decir, contar el número de síntomas que observa un individuo, padre, madre o profesor y sumarlos a cualquier otro nuevo síntoma que ha sido identificado por otro individuo.

Por lo tanto, hay que confirmar que algunos síntomas que causan disfunciones ocurran en ambos entornos durante el historial del niño.

Otro problema que presenta el DSM, es que no requiere que otras personas que conocen bien al paciente confirmen estas observaciones. Hay una razón lógica detrás: el DSM fue desarrollado para diagnosticar a niños y los niños no se autoderivan hacia una consulta médica. Alguien que les conoce bien les lleva y normalmente es un padre o una madre. Por lo tanto el DSM no especificó que las observaciones del mismo paciente necesitaban confirmación, de parte de alguien que le conoce bien.

Pero en el caso de evaluar a adolescentes, y en especial a adultos, se debe contrastar lo que el paciente les comunica, con la información que aporta alguien que le conoce bien. La razón es que hay estudios que confirman que hasta los 27 o 30 años de edad, las personas con TDAH suelen subestimar la severidad de sus síntomas y en especial de la disfunción. Con más edad, sus observaciones sobre el grado de su disfunción concuerdan más con lo que dicen otras personas que les observan.

Por ejemplo, la correlación entre lo que dice un adolescente sobre su TDAH y lo que dicen sus padres, está entre 0,1 y 0,2 – en otras palabras, es bajísimo. Con 20 años, la correlación entre lo que dice el individuo y lo que dicen sus padres es el doble, entre 0,2 a 0,25. Esta correlación se duplica de nuevo cuando el paciente tiene entre 27 y 30 años. En este caso, la correlación entre lo que dice el paciente y lo que dicen las personas que le conocen bien, es de aproximadamente 0,74 - lo cual está bastante bien.

Es la correlación típica que encontramos a partir de esa edad, entre lo que dicen los adultos sobre sus síntomas de TDAH y lo que dicen las personas que le conocen bien, por ejemplo sus padres, su cónyuge o un amigo íntimo.

Repito, cuando evalúan individuos con TDAH con menos de 27 años, tendrán que confirmar lo que dice el paciente con una persona como mínimo, que le conoce bien. En el caso de los niños serán por supuesto, sus padres y sus profesores. En el caso de los adultos serán sus parejas o cónyuges, amigos íntimos, padres o hermanos.

El DSM tiene un problema que espero que se corrija en el DSM-V. Hay un comité convocado para estudiar este tema. El DSM requiere que la disfunción sea un criterio para todos o casi todos los trastornos de acceso 1, según entiendo. Pero no define la palabra disfunción y el resultado es que médicos clínicos emplean patrones muy variables para este criterio.

Por ejemplo, algunas personas creen, que si un individuo rinde en sus estudios muy por debajo de su coeficiente intelectual, es porque tiene una disfunción.

Es decir, que si en un contexto de rendimiento académico un individuo no cumple con las expectativas que se le espera por su nivel intelectual, es prueba de que tiene una disfunción. La discrepancia entre su coeficiente intelectual y su rendimiento intelectual. Está claro de dónde viene esta idea – antes se utilizaba como criterio para establecer que un individuo tenía una disfunción de aprendizaje. Este concepto por supuesto se ha criticado duramente en las investigaciones sobre disfunciones de aprendizaje y en muchas zonas ya no se usa como norma de diagnóstico y en su lugar, se utiliza el rendimiento por debajo de la media, habitualmente fijado en un percentil por debajo de un 7 a un 10 en una prueba de evaluación académica.

Pero es fácil comprender cómo esto, puede llevar a la confusión en un diagnóstico de una disfunción psiquiátrica, porque el coeficiente intelectual no es un índice para evaluar el éxito que un individuo debe tener en todos los aspectos de su vida o de su rendimiento. No es un índice de rendimiento artístico o musical o de capacidad espacial-mecánica. Tampoco sirve para indicar cómo uno debería rendir en una asignatura específica como la bioquímica, en la facultad de medicina.

Otro criterio o norma que los médicos clínicos han utilizado para determinar una disfunción, es la comparación dentro de un grupo de iguales, altamente especializado. Por ejemplo, estás evaluando a alguien que está realizando sus estudios en la facultad de medicina o derecho, o estudios de postgrado. Te dice que no funciona tan bien como otros estudiantes de medicina o de derecho y lo interpretas como indicación de que esta persona tiene una disfunción.

Pero grupos de iguales, de alto rendimiento o estrés, o muy especializados no forman parte de la norma que se usa para determinar una disfunción.

La ley estadounidense que defiende los derechos de las personas con disfunciones, los tribunales y otros, han determinado que la disfunción se define en relación con la persona media de la población y no en relación de un grupo de personas igualmente especializadas o de alto rendimiento. Por lo tanto, tu rendimiento en comparación con los otros alumnos de medicina o derecho, no es un índice para determinar una disfunción. Se trata de tu rendimiento en relación con la población en general. Pienso que hay que advertir a los médicos clínicos de la necesidad de utilizar como estándar de comparación, la persona media de la población. De otra manera la palabra “disfunción” y el término “trastorno”, carecen de sentido. Después de todo, el término trastorno indica que la persona que lo sufre tiene una capacidad disminuida, una disfunción o un impedimento relativo a la población en general y no a personas superdotadas o con un alto nivel de formación.

Entiendo que esto presenta un problema para los que tienen que evaluar a pacientes muy cultos, por ejemplo, para los que tienen que evaluar a alumnos universitarios de licenciaturas o estudios de post-graduado. Pero no debería ser problemático, porque evitamos este conflicto al examinar la vida del individuo fuera de su entorno académico, para identificar disfunciones en otros escenarios que no tienen que ver con la formación.

Podemos examinar la capacidad del individuo para administrar su dinero, criar a sus hijos, cuidar su salud, ver cómo se manejan en entornos laborales anteriores, si tienen comportamiento adictivo, etc.

En otras palabras, rastrear las huellas del trastorno y examinar entornos no relacionados con lo académico. De esta manera, vemos más allá de cómo se manejan en un entorno académico muy especializado, para asegurarse de que exista una disfunción. Normalmente cuando se procede de esta manera, podemos confirmar que la disfunción existe en un entorno no-académico y que a pesar de su talento o su alto nivel intelectual, el diagnóstico de TDAH, es positivo. Así que, a la hora de confirmar una disfunción no nos debemos basar sólo en su rendimiento escolar.

Ahora volvemos a algo que comenté antes y es, que el criterio de los 7 años en el DSM-IV, no es válido. Pruebas de campo realizadas con los criterios del DSM-IV, demuestran que establecer la edad de inicio de TDAH a los 7 años, hace que el diagnóstico sea menos fiable. Numerosos estudios, los míos incluidos, demuestran que un individuo no es capaz de fijar el inicio de sus síntomas con un grado de fiabilidad.

Por ejemplo, en el Milwaukee Longitudinal Study que realicé, hicimos un seguimiento durante 20 años, de un grupo de niños que empezaron a desarrollar síntomas de TDAH a los 6 años. Les entrevistamos después y les preguntamos a qué edad creían que habían desarrollado es trastorno y sus respuestas fueron absolutamente dispares.

Por lo general, nos dijeron que sus síntomas se iniciaron por lo menos 4 años más tarde de lo que habíamos establecido en su infancia, cuando entraron a formar parte de nuestro estudio. Lo mismo ocurrió con las respuestas de sus padres.

Entonces la poca fiabilidad de la edad de inicio a los 7 años, se basa en el hecho de que casi un tercio de los niños con TDAH y más de la mitad de los adultos, no desarrollan sus síntomas hasta más tarde. Por todo ello es recomendable abandonar este criterio.

En estos momentos, el DSM-V está considerando establecer el umbral o criterio de la edad de inicio a los 12 años. Desde luego es una opción mejor que los 7 años y se lograría identificar más casos de TDAH, pero creo que no se debería incluir una edad específica de inicio, dentro de los criterios en sí.

En su lugar, deberíamos utilizar la frase “inicio en la infancia y la adolescencia”, porque no hay ningún trastorno mental que se inicie a una edad tan precisa, ni a los 12 ni a los 7 años. Creo que fijar una edad tan específica confunde a los médicos clínicos, al hacerles pensar que la naturaleza fija con precisión el inicio de los trastornos, cuando está claro que no es así.

En mi opinión el texto del DSM-V, debería especificar que el inicio de los síntomas sea antes de cumplir los 16 años, pero que dentro de los criterios se debería decir “inicio en la infancia y la adolescencia”.

Mi motivo para elegir los 16 años, es que los estudios muestran que más del 99% de los individuos con TDAH en la infancia o como adultos, comunican que sus síntomas se iniciaron antes de los 16 años. Esta teoría recoge mejor a casi todos los individuos que desarrollarán el TDAH. Como médicos clínicos, deben ser conscientes de que los 7 años no es una edad válida, como edad de inicio.

NUEVA Y MEJOR SELECCIÓN DE SÍNTOMAS PARA ADULTOS

En la próxima diapositiva, les quiero enseñar algunos de los síntomas que identificamos en un proyecto de investigación que realizamos. Tardamos unos 7 años en realizarlo y evaluamos 91 puntos en relación con el TDAH en adultos, además de los 18 que ya figuran en el DSM-IV. La mayoría de estos puntos surgieron de varias teorías y modelos de funciones ejecutivas y fueron pensados para representar las 7 funciones ejecutivas principales, identificadas por muchos de estos modelos.

Pero como ya he comentado, pueden aprender más sobre estos modelos en mi curso específico sobre las funciones ejecutivas. Por el momento, es suficiente comentar que generamos estos 91 puntos y a continuación evaluamos a un grupo amplio de adultos con TDAH, un grupo de control clínico de adultos que no tenían TDAH pero que fueron pacientes en la misma clínica externa de psiquiatría, y una muestra de la población normal.

Con la utilización de varios procedimientos de estadística pudimos demostrar que, los siguientes 9 síntomas fueron los mejores para diferenciar el TDAH de los otros dos grupos de control, y como Uds. pueden ver, la mayoría de estos síntomas no figuran en el DSM-IV y los pocos que aparecen están en su mayoría en el listado de síntomas de inatención. No había síntomas de hiperactividad que distinguían a los adultos con TDAH de los otros grupos de control. Por eso les advertí antes, que a partir de la adolescencia o la edad adulta, no nos debemos fijar en la hiperactividad como síntoma de diagnóstico. Los síntomas que identifican a un adulto con TDAH son de inatención, especialmente dificultades con la memoria de trabajo y problemas de impulsividad.

El análisis adicional de nuestros datos mostró, que un umbral de 4 de los 7 primeros síntomas o uno de los 6 de la totalidad de los síntomas, sirvieron para diagnosticar el TDAH en un adulto. He colocado los síntomas en orden descendiente de capacidad, para discriminar el TDAH de otros trastornos y por eso, doy estos dos umbrales como válidos.

Entonces, si están atentos a estos síntomas y a cualquiera de los dos umbrales y a continuación buscan una edad de inicio de los síntomas durante la infancia o la adolescencia, desde luego antes de los 12 a los 16 años podrán identificar bien a los adultos con TDAH, incluso mejor que el DSM-IV.

El Comité del DSM-V conoce estos síntomas y dentro de sus propuestas para modificar el DSM, está considerando la posibilidad de incluirlos y ponerlos entre paréntesis, para clarificar el listado existente de los 18 síntomas tradicionales. No me parece una buena idea, porque cuando analizamos estos puntos no figuraban como una información adicional entre paréntesis, sino que los evaluamos como síntomas por su propio peso. Por lo tanto, no me parece una manera útil de incorporarlos. Creo que deberían constituir un listado separado de síntomas para el diagnóstico de TDAH en adultos, diferenciado de los criterios que se utilizan para niños con TDAH, y espero que los utilicen como tal.

SUBTIPOS EN DSM vs SUBTIPOS BASADOS EN LA INVESTIGACIÓN

Según el DSM, hay por lo menos 3 subtipos de TDAH. Hay el tipo combinado que tiene síntomas significativos, con un mínimo de 6 de ambos listados: el listado de inatención y el de hiperactividad-impulsividad. Pero hay estudios que demuestran que el TDAH combinado y los otros 2 tipos, no constituyen 3 clases distintas de trastorno. La mayoría de las investigaciones demuestra que la clasificación en subtipos en el DSM-IV es de poca utilidad y que el TDAH, es un solo trastorno que sigue una sola dimensión en la población general. Y que lo que diferencia la clasificación de las personas en estos tres tipos diferentes, es simplemente el grado de severidad de los síntomas y no una diferencia cualitativa de un tipo a otro.

De modo que, últimamente hemos empezado a examinar los resultados de nuestras investigaciones, para ver si podemos encontrar maneras de clasificar el TDAH en subtipos, que sean mejores y más útiles a nivel clínico. Y parece ser que los hemos encontrado.

Una manera de hacerlo podría ser, partir desde el tipo combinado y dividirlo en dos grupos: los que presentan trastornos de conducta y los que no. Sabemos que entre un 25 y un 45% de los individuos con TDAH desarrollan un trastorno de conducta y cuando esto ocurre, es del tipo que se inicia a una edad temprana. A menudo se presenta antes de los 12 años y a veces incluso durante los primeros años de la escuela primaria.

Según los estudios realizados, personas con TDAH con trastornos de conducta, se diferencian de las que no lo tienen, en varios aspectos importantes. No se trata simplemente de sumar los síntomas. Lo que hemos encontrado es que, en los individuos que desarrollan ambos trastornos, éstos se presentan a una edad más temprana de lo habitual, ambos trastornos son más severos y tienen probabilidad de extenderse más en el tiempo hasta la adolescencia, que si hubieran desarrollado un solo trastorno. Son diferencias muy significativas.

Otra diferencia es que los individuos que tienen TDAH y trastorno de conducta, tienen mayor tendencia a desarrollar actividades antisociales hasta bien entrada la edad adulta, que los que sólo tienen un trastorno de conducta o sólo TDAH.

Además, personas con ambos trastornos tienden a proceder de familias con mayor presencia de trastornos psiquiátricos, conductas antisociales, consumo de drogas, depresión, que los que desarrollan un solo trastorno.

Y finalmente, otra diferencia importante es que, por lo menos uno de cada 5 individuos con comorbilidad de TDAH y con trastorno de conducta, tienen tendencia a desarrollar una psicopatía. Es decir, que probablemente demostrarán un patrón significativo de rasgos insensibles e impasibles, con falta de consciencia, falta de empatía y sentido de culpabilidad y con un patrón de respuesta emocional subdesarrollado, cara a situaciones estresantes o conflictivas. Así que incluso hay diferencias psicofisiológicas aparentes, entre individuos con el patrón comórbido de TDAH y trastorno de conducta y los que tienen uno solo de estos trastornos.

Creo que todo esto sugiere que deberíamos hacer lo que se hace en Europa con los criterios de la CIE desde hace tiempo: reconocer como un tipo distinto de TDAH, cuando viene acompañado por un trastorno de conducta.

SUBTIPOS DEL DSM vs SUBTIPOS BASADOS EN LA INVESTIGACIÓN

El segundo tipo de TDAH en el DSM-IV que no es útil, es el tipo hiperactivo-impulsivo, porque muchos de estos individuos son sencillamente casos de TDAH de tipo combinado en la primera infancia. Si les haces un seguimiento, eventualmente desarrollarán por lo menos 6 síntomas de TDAH de inatención y por lo tanto, se les terminará diagnosticando de tipo combinado. Pero lo que en realidad significa es que el TDAH de tipo hiperactivo es, en la mayoría de los casos, una etapa previa al TDAH combinado. No se trata de un tipo distinto.

Existe un segundo grupo que se suele incluir dentro de este subtipo. Se trata de esos individuos a quienes les falta uno o dos síntomas del listado de inatención. Es decir, que solo tienen 4 o 5 síntomas de inatención y por lo tanto, se les termina calificando como TDAH de tipo hiperactivo porque no cumplen con el mínimo de 6 síntomas de inatención. Y sin embargo, estas personas tienen por lo menos 10 u 11 síntomas de tipo combinado. Entonces, no se les debería considerar como casos de un tipo distinto de TDAH, sino como una forma más leve o de umbral más bajo del TDAH combinado.

Un tercer grupo de individuos con probabilidad de diagnóstico de TDAH de tipo hiperactivo-impulsivo, son niños pequeños de edad preescolar, que presentan síntomas de trastorno de oposición y no tienen Trastorno de Hiperactividad. Se les termina considerando como casos de TDAH, porque a menudo sus padres confunden los síntomas de estos dos trastornos y si su hijo tiene un trastorno de oposición, tienen tendencia de sobreestimar el grado de síntomas de TDAH.

Los profesores no suelen confundir los síntomas, pero los padres sí.

Entonces ¿qué ocurre si tienes un niño muy pequeño que posiblemente tenga un trastorno de oposición y cuyos padres, en entrevistas o en escalas numéricas de evaluación, consideran que tiene síntomas de TDAH?

En la medida que se resuelva el trastorno de oposición, van disminuyendo y desapareciendo también los síntomas del TDAH. Por lo tanto hay que asegurarse de que estos niños no estén incluidos dentro de la categoría diagnóstica del TDAH.

SUBTIPOS EN DSM vs SUBTIPOS BASADOS EN LA INVESTIGACIÓN

En la próxima diapositiva, hablamos del subtipo de TDAH inatento que a menudo se llama TDA (Trastorno de Déficit de Atención). Por cierto, no estoy de acuerdo con eso, porque en los años 80 todos los tipos de TDAH se conocieron como TDA (ADD en inglés). Mi opinión es que utilizar este término para TDAH de tipo inatento, sólo sirve para crear confusión.

Pero de todos modos, el tipo principalmente inatento no es en realidad un tipo de TDAH. Aquí de nuevo encontramos que por lo menos la mitad de las personas diagnosticadas con este tipo de TDAH inatento, fueron anteriormente diagnosticadas como TDAH de tipo combinado. Lo que ocurre es que según maduraban, sus síntomas de hiperactividad disminuyeron. Lo cual es típico, como comenté antes. Como resultado, llegaba un momento en el que ya no reunían 6 síntomas de hiperactividad y entonces según el DSM, habría que cambiar su clasificación a TDAH de tipo inatento. Pero en realidad no cambiaron de subtipo. Así que, les aconsejo que si en algún momento la evaluación de una persona ha reunido los criterios para el tipo combinado, eso es lo que tiene. El tipo de TDAH no se cambia simplemente en función de la edad.

Hay un segundo grupo, el que ya hemos comentado cuando hablamos del TDAH de tipo hiperactivo. Se trata de personas a quienes les falta uno o dos síntomas para tener un diagnóstico de tipo combinado. Es decir, tienen sólo 4 o 5 síntomas de hiperactividad y 6 o más síntomas de inatención y por lo tanto, se les diagnostica un TDAH de tipo inatento. Pero es evidente que tienen por lo menos 10 u 11 síntomas de tipo combinado y por lo tanto, se les debería considerar como TDAH de tipo combinado leve o de umbral bajo.

Cuando restamos estos dos grupos de las personas que tienen TDAH de tipo inatento, nos queda un grupo de individuos que en mi opinión, son muy especiales y que comprenden por lo menos un 30% y a veces hasta un 50% de las personas identificadas como casos de TDAH de tipo inatento. Los investigadores les identifican como casos de Tempo Cognitivo Lento (TCL).

Creemos que estas personas tienen un trastorno, que desde un punto de vista cualitativo, es distinto del trastorno inatento que vemos con el TDAH. En otras palabras, ni siquiera tienen TDAH, pero ya que el DSM no recoge otro trastorno de atención, se termina juntándoles con esos pacientes.

Por lo tanto, DSM-V está investigando qué hacer con estos individuos y si se deberían desarrollar unos criterios separados para ellos; cómo se deberían llamar, e incluso si tiene sentido que estén clasificados junto con el TDAH, dentro de la categoría de trastornos de comportamiento disruptivo. Como verán, no tienen mucha comorbilidad con los otros dos trastornos disruptivos: trastorno oposicional y trastorno de conducta.

TDAH TIPO INATENTO (SUBCONJUNTO TCL)

Vamos a mirar con detalle a este sub-conjunto de individuos que llamamos TCL - Tempo Cognitivo Lento. Lo primero que notamos es que entre los síntomas que manifiestan, su falta de atención es muy diferente de los síntomas que encontramos en el listado de síntomas del TDAH. Y hace falta preguntarles de forma específica sobre estos síntomas, porque si la entrevista se centra sólo en los síntomas de DSM-IV, este grupo de individuos pasará desapercibido.

Sin embargo, en algunos casos parece que sus síntomas son todo lo opuesto de los que vemos en TDAH. Es decir que son hipoactivos, se mueven con lentitud, son letárgicos, de lenta reacción motora. Y en cuanto a la atención, están ensimismados, a menudo tienen la mirada perdida, parece que están en las nubes, se confunden mentalmente con facilidad y en general parecen prestar más atención a sus propios pensamientos que a lo que ocurre a su alrededor. Pero sea como sea, a menudo se dice de ellos que tienen un procesamiento o tiempo de procesamiento lento, en su manera de procesar la información.

Las investigaciones nos muestran que estos síntomas de TCL forman dos dimensiones diferentes, que tienen una correlación alta. Uno, es el aspecto de ensoñación que figura arriba y el segundo tiene que ver con una dinámica de movimiento lento y letárgico. Puede haber correlatos importantes para cada una de estas dimensiones pero de momento, es suficiente comprender que se ha reconocido que el TCL tiene que ver con estas dos dimensiones.

La poca investigación que se ha realizado, demuestra que los individuos con TCL tienen mucha tendencia a cometer errores de procesamiento de información o en tareas que lo requieren. Los individuos con TDAH no cometen tantos errores, simplemente no terminan la tarea, es decir, no consiguen terminar gran parte de su trabajo. En otras palabras, TDAH es un trastorno de productividad que afecta a la cantidad de trabajo que se termina en una unidad de tiempo determinada. Mientras que TCL parece ser más bien un trastorno de precisión, relacionado con la manera en que la información se selecciona, se filtra y se procesa con exactitud. Por lo tanto, las investigaciones sugieren que las personas con TCL tienen un problema con la atención selectiva o enfocada.

Es decir, no tienen un problema con la persistencia y la resistencia a las distracciones sino con la capacidad de diferenciar lo que es importante de lo que no lo es, dentro de una continua entrada de información variada.

Como hemos dicho, hay por lo menos 6 redes distintas de atención en el cerebro. Parece que las personas con TCL tienen una disfunción en una red distinta a la de las personas con TDAH. Los estudios nos demuestran que las personas con TCL reaccionan con gran lentitud. En los tests de evaluación continua, cometen más errores por omisión. Es decir, que no reconocen un objetivo cuando se les presenta. Entonces en vez de ser impulsivo, cometen muchos errores de omisión y su manera de procesar es lenta y poco precisa.

Vemos también que a diferencia del TDAH de tipo combinado, este estilo tan lento se presenta en varios entornos. Afecta su rendimiento en situaciones múltiples que requieren procesar información. Como describiré a continuación, puede ser que el TCL conlleve cierto tipo de forma obsesiva de divagación mental. En un momento retomaré esta idea, de que el TCL es una divagación mental patológica.

TDAH DE TIPO INATENTO- TCL

En la próxima diapositiva, vemos algunas características adicionales que sirven para diferenciar el TCL del TDAH. Una de ellas, es el perfil social de cada uno. En comparación con individuos con TDAH o sin él, las personas con TCL parecen un poco reticentes, aprensivas, tímidas y socialmente introvertidas.

Individuos con TDAH son a menudo intrusivos, charlatanes, problemáticos y ciertamente muy activos y emocionales. Como consecuencia de estos síntomas de actividad emocional agresiva, a menudo son rechazados por su entorno social.

Los niños con TCL tienen amigos, quizás no tantos como los demás niños, pero bastantes más que los niños con TDAH. Pero su perfil social se caracteriza por una pasividad social. Hablan poco y quizás sean un poco tímidos o introvertidos.

Las investigaciones demuestran que personas con TCL no tienen dificultades con la inhibición motora. No son impulsivas y son, si cabe, demasiado inhibidas y no como es el caso de individuos con TDAH, que son insuficientemente inhibidos. Hay poca evidencia de déficits de las funciones ejecutivas en los tests de evaluación que se asocian con el TCL, mientras que hay mucha más evidencia de que las personas con TDAH, sacan resultados muy pobres en este tipo de test. Aunque, no todas las personas con TDAH dan resultados bajos. De nuevo les animo a apuntarse a mi curso sobre TDAH y las funciones ejecutivas, para mayor información sobre este tema.

En las escalas numéricas de evaluación de las funciones ejecutivas en la vida cotidiana, encontramos que las personas con TCL tienen más dificultades, pero nada que ver con las que tienen las personas con TDAH. Su mayor problema parece estar relacionado con la autoorganización y la resolución de problemas, más que en la administración del tiempo, la inhibición, automotivación, etc.

En un momento, les enseñaré un gráfico con estos datos de un estudio que he realizado con adultos con TCL. Pero de momento es suficiente decir, que el TCL está asociado con un patrón muy inferior de déficits en las funciones ejecutivas que el que vemos en las personas con TDAH y es un conjunto de déficits ejecutivos mucho menos severo.

OTRAS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS DE TCL

Otras características que distinguen el TCL, incluyen un bajo índice de comorbilidad con el trastorno oposicional y trastorno de conducta – mucho más bajo que con el TDAH de tipo combinado. Encontramos también que en las entrevistas con padres de estos niños sobre el estrés, los padres de niños con TDAH sienten estrés casi continuo, en todo tipo de situaciones tanto en casa, como en público, porque sus hijos son difíciles de controlar. Los padres de niños con TCL están más bien preocupados por el rendimiento escolar de sus hijos. Fuera del colegio sienten poco estrés o ninguno. Comentan que sus hijos suelen comportarse bien, tienen una disposición amable y no les resulta difícil manejarles fuera del colegio.

Es interesante que algunos estudios sugieran que las personas con TCL tienen mayor tendencia a experimentar síntomas de ansiedad que las que tienen TDAH. No me malinterpreten – ambos trastornos se han relacionado con trastornos de ansiedad. Por ejemplo, por lo menos un 25% de los individuos con TDAH, tienen síntomas propios de un trastorno de ansiedad, pero las personas con TCL tienen síntomas de ansiedad más significativos y son más proclives a sufrir un trastorno de ansiedad.

Sin embargo, la mayoría de las personas con TCL no tiene trastornos de ansiedad, igual que ocurre con la mayoría de las personas que tienen TDAH. No está claro si hay una mayor incidencia de depresión asociada con el TCL, que con el TDAH. Parece que ambos grupos tienen una mayor tendencia a la depresión, hasta un 20% o un 25% más, un porcentaje que aumenta con la edad.

Por cierto, cuando aparece un interrogativo en las diapositivas, indica que las pruebas no son lo suficientemente sólidas para llegar a obtener una conclusión al respecto, como es el caso de la asociación de la depresión con el TCL.

Entonces, como he comentado, cuando examinamos las áreas de disfunción asociadas con el TCL en niños, vemos que los padres observan que es en el entorno escolar, donde tienen más dificultades y que la disfunción suele ser mínima en cuanto al rendimiento en otros entornos.

Cuando examinamos el rendimiento escolar de los niños con TDAH y los niños con TCL, vemos que los patrones de dificultades y errores son algo diferentes. Las personas con TDAH reciben críticas por el bajo volumen de trabajo que consiguen terminar. Es decir, tienen una disfunción de la productividad. El trabajo que realizan es por lo general correcto en un 85%, sólo un 10% por debajo del nivel de precisión de los trabajos de otros alumnos. Por otro lado, las personas con TCL tienen una mayor productividad pero un nivel de precisión muy inferior. Es decir, que las personas con TCL consiguen terminar un mayor volumen, o incluso la totalidad, de sus trabajos pero se equivocan en un mayor porcentaje de las respuestas de los problemas que intentan resolver, en comparación con los niños con TDAH.

Así que, aunque sea una simplificación excesiva, es suficiente decir que el TDAH es un trastorno de productividad y el TCL es más bien un trastorno de precisión. Se han hecho un par de estudios sobre el patrón de trastornos de aprendizaje, que puede asociarse con estos dos trastornos de atención. Y sugieren, aunque no de manera definitiva, que trastornos de aprendizaje de matemáticas estén más asociados con el TCL, mientras que trastornos de aprendizaje de escritura, de comprensión escrita y oral y de lectura, se asocien más con el TDAH. Está claro que falta investigar más sobre este tema.

Un estudio que realicé hace más de 15 años, sugiere que las personas con TDAH de tipo inatento o de tipo TCL, provienen de familias con un mayor historial de trastornos de ansiedad y trastornos de aprendizaje, mientras que los niños con TDAH provienen de familias con TDAH, mayor incidencia de comportamientos antisociales, trastornos de conducta, depresión y mayor consumo de drogas. De esta manera, en nuestro estudio parece que el historial de la familia y posiblemente la genética de estos dos trastornos, puedan ser muy distintos.

MÁS SOBRE EL TCL (EN ADULTOS)¹

Aquí también nos vendría bien más investigación. Hace poco terminé un estudio sobre el TCL en adultos. Es un estudio que surgió de una gran encuesta de población que realizamos con más de 1.240 adultos, en un muestreo aleatorio por todos los Estados Unidos para que fuera representativo de la población estadounidense. En la encuesta buscamos síntomas tanto de TDAH como de TCL. Pero también recogimos datos sobre las funciones ejecutivas con una escala numérica de valoración y también sobre la disfunción en las principales actividades de la vida diaria.

En un momento les enseñaré datos de este estudio, pero una de las conclusiones fue que las personas con TCL tuvieron una edad de inicio más tardía que las personas con TDAH. Así que posiblemente el TDAH tenga una edad de inicio más temprana. La edad de inicio para TCL fue unos 5-10 años más tarde, que la edad de inicio para TDAH. No encontramos diferencias por género respecto a los síntomas de TCL ni a los síntomas de TDAH, como he comentado antes.

Observamos una disminución de síntomas de TDAH según avanzaba la edad, en este estudio entre los 18 y los 92 años, especialmente para los síntomas de hiperactividad e impulsividad, pero especialmente de hiperactividad.

Concuerda con lo que observamos en la infancia – que la hiperactividad de los niños disminuye en la medida en que van creciendo. Este estudio sugiere que esta disminución continúa a lo largo de la vida.

Cuando identificamos a una persona con TCL, quiere decir que tiene un mínimo de 5 de los síntomas de TCL que les enseñé antes, con lo cual están por encima del 95 percentil de la población adulta. Encontramos que aproximadamente 5,8% de los individuos tenían TCL en edad adulta. Si incluimos el requisito de que experimentaran disfunción en por lo menos una de sus principales actividades de la vida diaria, esta cifra se reducía a un 4,8%.

Por lo tanto, parece que un promedio de 5% de los adultos en los Estados Unidos, tiene TCL.

Pudimos establecer que TCL es un trastorno distinto al TDAH y una manera de hacerlo, fue examinar el solapamiento entre el TCL y las personas que reunían los criterios para TDAH, es decir, personas que tenían síntomas que estaban en el percentil 95 o más, o con un mayor número de síntomas en cualquier de los dos listados de síntomas para TDAH. Encontramos que un 54% de los casos de TDAH, también reunían los criterios para un diagnóstico de TCL. Así que, aproximadamente la mitad de las personas con uno de los trastornos tienen el otro, como se ve en la diapositiva.

Fue especialmente cierto para las personas diagnosticadas con TDAH de tipo principalmente inatento. Allí encontramos que un 76% de las personas que habían recibido un diagnóstico de TDAH de tipo inatento, en realidad tenían TCL, lo cual nos sugiere que existen diagnósticos erróneos. Es decir, que hay personas que en realidad tienen TCL pero que han sido identificados por error como casos de TDAH de tipo inatento. O, para decirlo de otra manera, el TDAH de tipo inatento es en realidad TCL y no forma parte del TDAH. Pero sin embargo, lo que encontramos aquí es que los dos trastornos aparentemente demuestran un patrón más característico de la comorbilidad entre dos trastornos. Es decir, que cada uno puede producirse sólo y a menudo es así.

Pero también pueden solaparse y esto puede ser lo que ocurre en hasta la mitad de los casos de cada trastorno. Así que se trata de un patrón de comorbilidad, muy parecido a lo que ocurre con trastornos de ansiedad y la depresión. La ansiedad y la depresión tienen una correlación alta y las personas que padecen ansiedad a menudo tienen depresión y viceversa. Y sin embargo existen también numerosos casos, en los que las personas tienen uno o ambos.

VALORACIONES DE FUNCIÓN EJECUTIVA: TCL vs TDAH

Aquí vemos el patrón para el grupo de adultos, que identificamos en este estudio según mi escala de evaluación de las funciones ejecutivas. Es la Escala Barkley de Déficit de Funciones Ejecutivas y se puede conseguir a través de mi editorial. Esta escala de valoración identifica 5 dimensiones de síntomas de déficit de las funciones ejecutivas en adultos, entre 18 a 90 años. Pudimos identificar 4 grupos dentro de esta muestra de adultos en los Estados Unidos.

Hay un grupo de control que no tenía ni TCL ni TDAH. Está el grupo con la barra roja que sólo tenía TCL, pero no reunía los síntomas para un diagnóstico de TDAH. Hay otro grupo que es todo lo contrario, tenía TDAH pero no tenía TCL. Y la barra de color azul claro, representa las personas que tenía comorbilidad con TDAH y TCL. Lo primero que nos salta a la vista en esta tabla, es que las personas con comorbilidad de ambos trastornos, demuestran los mayores déficits de funciones ejecutivas. Es la barra de color azul claro que vemos aquí. En las valoraciones de déficit de las funciones ejecutivas en las 5 áreas, las personas con comorbilidad de TCL y TDAH demuestran mayor nivel de dificultades.

Pero lo que realmente nos interesa aquí, es la comparación entre los dos trastornos en su estado puro, el TDAH solo y el TCL solo. Así que cuando miramos las barras rojas y amarillas, vemos que las personas con TCL tienen disfunciones iguales o mayores en las áreas de auto-organización y resolución de problemas, que las personas del grupo con TDAH. Entonces podemos afirmar por lo menos que, tanto el TCL como el TDAH se ven afectados en el mismo grado en estos dos aspectos de las funciones ejecutivas y que el TCL puede conllevar una disfunción ligeramente mayor.

Cuando observamos el área de administración del tiempo, vemos también que el nivel de disfunción para ambos grupos es muy parecido y en el grupo con comorbilidad, es mucho mayor.

Y si observamos el resto de la gráfica, vemos que el nivel de disfunción es casi idéntico cuando aparecen el TCL y el TDAH solos y mucho mayor en el caso de comorbilidad.

De este modo podemos concluir, que el TCL puede provocar disfunciones de las funciones ejecutivas en las actividades de la vida cotidiana iguales o mayores que el caso del TDAH. Y en la autoorganización, incluso mayor. Pero es cuando los dos trastornos se presentan con comorbilidad, cuando vemos los mayores déficits en las funciones ejecutivas.

VALORACIONES DE FUNCIÓN EJECUTIVA: TCL vs TDAH

Aquí están los resultados de otra escala de valoración numérica, aplicada a la misma muestra de personas en nuestro estudio de la población. Esta gráfica es de la Escala Barkley de Disminución Funcional, una nueva escala de valoración numérica de disfunción. De hecho, es la única escala de valoración numérica de disfunción en la que aparecen normas nacionales y fue publicada en mayo de 2011.

Aquí vemos 15 de las principales actividades de la vida diaria, sobre las que hicimos la encuesta en esta escala y de nuevo vemos una comparación entre 4 grupos de pacientes. Y una vez más, vemos que cuando hay comorbilidad de TCL y TDAH, en la barra azul claro, la disfunción es mayor. Así que, trastornos comórbidos conllevan un mayor grado de disfunción que cuando el TCL o el TDAH, aparecen solos. Por norma vemos que el TDAH produce disfunciones ligeramente mayores que el TCL, en la mayoría de estas actividades. Por ejemplo, si observamos la conducción, la administración del dinero, los autocuidados, o las relaciones sociales con extraños o amigos, vemos que la barra amarilla del TDAH es más alta que la barra roja.

Por otro lado, también vemos aquí lo que se llama, disociación doble. Hay situaciones en las que el TCL tenía mayor disfunción que el TDAH y he colocado un asterisco sobre tres de estas barras. Tienen que ver con funcionamiento ocupacional o en el trabajo y es aquí, donde vemos que el TCL presenta mayor grado de disfunción, incluso que el TDAH. Fíjense que en el área de educación, la barra roja es más alta que la barra amarilla. De nuevo vemos que, aparentemente el TCL presenta mayor grado de disfunción en el área de educación para estas personas, que el TDAH solo.

Y observamos que en el comportamiento sexual y las relaciones sexuales el TCL puede, por algún motivo, presentar mayor grado de disfunción que el TDAH.

Pero de nuevo quiero recalcar que el mayor grado de disfunción se produce cuando los 2 trastornos coinciden, cuando hay comorbilidad. Y para terminar, observen que he colocado un asterisco encima del área de cuidado de los hijos, a la derecha de la gráfica. Aquí vemos un patrón distinto.

El TDAH es más perjudicial en esta área que el TCL, tanto cuando el TDAH aparece solo, en la barra amarilla, como cuando es comórbido con el TCL, la barra azul. Ambas barras son notablemente más altas que la barra roja que representa el TCL solo. Así que el TDAH puede ser el trastorno que más interfiera con el cuidado de los hijos. Con esto quiero decir que el TCL parece ser un trastorno muy distinto al TDAH. Pero es un trastorno que en ocasiones puede coexistir, solapar, o como decimos, ser comórbido, con el TDAH, aproximadamente en la mitad de los casos

¿CUÁL ES LA NATURALEZA DEL TCL?

Los síntomas de TCL sugieren que podría tratarse de un problema con el nivel de atención, así que es posible que se trate de un problema del bulbo raquídeo, aunque no estamos seguros.

Desde luego, letargo, somnolencia, bajo nivel de atención, y lentitud, todo sugieren que haya un patrón de comportamiento de baja activación. Es también posible que el TCL pueda ser un problema de divagación mental, que produce problemas tales como soñar despierto, tener la mirada perdida, estar preocupado y pensativo por dentro, y todos los otros síntomas de falta de atención que mencioné anteriormente.

La divagación mental es una condición que se ha estudiado en la población en general y todos lo hacemos. Cuando realizamos una actividad relativamente rutinaria y automática, nuestro sistema ejecutivo, nuestra memoria de trabajo, nuestro pensamiento, se va para fijarse en otras cosas, básicamente en otros problemas que anticipamos y que puedan surgir más tarde en el día.

Así que iniciamos una tormenta de ideas sobre cómo resolverlos.

O quizás simplemente buscamos un escape para pensar en cosas más deseables, o las cosas que preferiríamos hacer, en vez de la tarea rutinaria en la que estamos.

Esta divagación no presenta ningún problema, mientras no se interponga en nuestra capacidad de resolver la tarea que estamos realizando. Pero cuando interfiere con la tarea principal, esta divagación se convierte en una disfunción o patología, con lo cual puede ser un trastorno.

Hay por supuesto numerosos artículos, especialmente los de Smallwood, que se han publicado recientemente sobre la divagación mental y la posibilidad de que en algunos casos pueda ser disfuncional o patológica. Lo comento aquí porque Adams y Mileage, y otros que están trabajando en la Universidad de Kentucky, han sugerido recientemente, que los síntomas de TCL pueden indicar una forma patológica de divagación mental.

Soñar despierto, tener la mirada perdida, estar en las nubes, confusión mental y preocupación introvertida, pueden ser indicaciones externas de la divagación mental.

Y cuando se hace excesiva e interfiere con la realización de la tarea principal, entonces es bien posible que sea un trastorno. Y es bien posible que interfiera con las funciones ejecutivas.

Es importante comprender que la divagación mental no es una disfunción principal de las funciones ejecutivas. Es una disfunción principal de la manera en que uno prioriza el uso del sistema ejecutivo, para resolver un problema o para pensar en otras actividades. Entonces entendemos, que cuando un individuo se permite un exceso de divagación mental, disminuyen sus capacidades para realizar el objetivo de la tarea principal en que estaba inmerso. Por lo tanto, ralentiza el avance del individuo para cumplir su objetivo, porque interfiere con la realización de los pasos necesarios para cumplirlo.

MÁS SOBRE EL TCL COMO DIVAGACIÓN MENTAL

Es posible que este TCL o divagación mental sea una forma de huida o evasión para algunas personas. Es decir, están realizando su tarea principal, no están muy contentas con esta tarea porque es relativamente aburrida, tediosa, requiere esfuerzo y es francamente aversiva. No le apetece nada. Así que su mente empieza a divagar para pensar en algo más agradable. Esa clase de divagación mental es una forma de huida. Como he dicho anteriormente, no pasa nada al no ser que el aprendizaje de huida o evasión, interfiera con la realización de la tarea principal.

Es posible también, como en el TCL, que este tipo de aprendizaje de huida o evitación sea el resultado de la ansiedad producida por la tarea principal. Es decir, el individuo está realizando una tarea que no le parece interesante y que de hecho, le da miedo y le preocupa. En este caso, su mente empieza a divagar para huir de la ansiedad o aversión que la tarea le produce. Esto de hecho, podría explicar por qué el TCL está asociado con trastornos de ansiedad. Así que en este caso, observamos que la divagación mental es una forma de huida de la ansiedad y no simplemente un escape del aburrimiento, como en el primer ejemplo que vemos en esta diapositiva.

Y finalmente es también posible que el TCL, o exceso de divagación mental, sea reflexivo y es muy diferente del aprendizaje de huida o evitación. En este caso, el individuo se preocupa en exceso de sus problemas actuales o por fracasos en el pasado, por situaciones en las que se sentía mal o incluso humillado, e intenta dominar este pensamiento. Por lo tanto, no es capaz de dedicar la totalidad de su capacidad mental, de su función ejecutiva a la tarea principal.

Esto puede ocurrir en casos de un individuo con un trastorno de ansiedad, que está preocupado por algo que le ocurre en su vida y piensa excesivamente en el tema. Se podría considerar como un ejemplo de pensamiento obsesivo, como ocurre en el trastorno obsesivo compulsivo.

Se puede ver incluso en casos de psicosis o trastornos de pensamiento formal, en los que un individuo piensa en exceso o desarrolla una fantasía de manera excesiva, en vez de prestar atención a la realidad externa.

Por ahora, hasta que entendamos más sobre el TCL y la divagación mental, los médicos clínicos deberán preguntarles a los pacientes que tengan numerosos síntomas de TCL, sobre la naturaleza de su divagación mental. ¿Exactamente en qué piensan cuando dejan de realizar su tarea y empiezan a soñar despiertos y tener la mente aparentemente confusa? Puede ser de ayuda para realizar un diagnóstico más preciso entre estas posibles maneras de comprender el TCL.

IMPLICACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL TCL

Se han realizado algunas investigaciones sobre el TCL y su respuesta al tratamiento. Son pocas y así lo indican los asteriscos que ven respecto a estas ideas en la diapositiva. Pero vamos a repasarlas de todos modos, porque algunos de estos estudios nos pueden servir aquí de guía.

Por ejemplo, la mayor parte de estas investigaciones están relacionadas con las pruebas sobre el uso de medicamentos estimulantes para tratar TDAH y que actualmente se utilizan para tratar el TCL y el TDAH, sólo del tipo inatento. Aquí encontramos que los individuos con TCL no responden bien a esta medicación. No les afecta de manera adversa y pueden probar estos medicamentos estimulantes, pero el grado de mejoría para la mayoría de sus pacientes no será muy apreciable.

Lo que verán probablemente, es una mejoría muy, muy leve. Sólo un 20% de los participantes en mi estudio, tratados con metilfenidato en el TCL, mostraron una mejoría suficiente para seguir con este medicamento. Así que, es posible que los estimulantes les sean útiles en un número reducido de casos. Pero el grado de mejoría fue muy modesto y los casos de respuesta favorable al tratamiento, ocurrieron con la dosis más baja, la dosis de inicio en nuestro estudio. Todos estos factores sugieren que las personas con TCL tengan un perfil de respuesta diferente a la misma dosis de estimulantes, que las personas con TDAH.

Entre 75% y 90% de las personas con TDAH, mostraron una mejoría suficiente de sus síntomas para justificar la continuación de este tratamiento con estimulantes.

Algunos estudios sugieren que los niños con TCL puedan tener una mejor respuesta al entrenamiento en habilidades sociales, que los niños con TDAH. Este tipo de entrenamiento no ha dado muy buenos resultados para niños con TDAH. De hecho, no suelo recomendarlo, aunque los niños con TDAH a menudo tengan dificultades para llevarse bien con otros niños y frecuentemente son rechazados por ellos.

El entrenamiento en habilidades sociales no parece ser una manera muy eficaz de tratar estas dificultades en las relaciones sociales y sólo un 25% de los niños, responden bien a este tipo de entrenamiento.

Curiosamente, otro 25% de los niños con TDAH empeoraron con el entrenamiento en habilidades sociales y es por un proceso que se conoce como, entrenamiento de desviación. Cuando mezclas a niños no agresivos con niños agresivos, los últimos terminan “entrenando” a los primeros para que sean más agresivos. En otras palabras, empeora el estado de los otros niños, y esto se ha demostrado en el caso de entrenamiento en habilidades sociales. Por lo tanto, los niños con TDAH no mejoran en sus relaciones sociales con el entrenamiento en habilidades sociales e incluso un subgrupo puede empeorar, especialmente si se mezclan grupos agresivos con grupos no agresivos.

Desde hace décadas sabemos, que el entrenamiento en habilidades sociales suele ser más útil para niños y adultos que son tímidos, introvertidos y ansiosos. Y les beneficia incluso más a ellos, que a las personas que tienen disfunciones de comportamiento conflictivo. Entonces lo que vemos aquí, puede ser simplemente una repetición de lo que hemos visto en otros áreas de los textos de psicología.

El entrenamiento en habilidades sociales funciona mejor para los individuos que son algo retraídos, aprensivos, ansiosos o tímidos, términos que podríamos aplicar a la población con TCL. Por lo tanto, es posible que los niños con TCL mejoren con el entrenamiento de habilidades sociales. Sólo existe un estudio sobre la modificación conductual, específicamente con niños con TCL.

Es el de Pfiffner en 2007, en el que se estudió un programa de modificación conductual realizado conjuntamente en casa y en el colegio, dirigido a las dificultades de atención y habilidades organizativas que tienen los niños con TCL.

Encontró que estos programas de gestión de comportamiento, efectivamente mejoraron el comportamiento tanto en casa como en el colegio, de estos niños con TCL. Y la mejoría de este grupo fue igual a o incluso mejor que la del grupo de niños con TDAH.

El estudio MTA encontró también que niños con TDAH y ansiedad fueron los que mejor respondieron a su tratamiento psicosocial. Ya que los niños con TCL son más propensos a sufrir ansiedad, podríamos concluir que podría ser útil probar con ellos la terapia de modificación de conducta. Es posible que su respuesta a estos programas sea incluso mejor que la de los niños con TDAH.

Las terapias cognitivas para niños con TDA, resultaron ser un fracaso y las investigaciones que se han hecho al respecto durante décadas, encontraron que no fueron muy útiles para estos niños. Es decir, enseñarles a niños impulsivos a mantener un diálogo interior como instrumento de autocontrol, no funcionó muy bien. Por esto las abandonamos por lo general, como tratamiento.

Pero estudios recientes han demostrado que la terapia cognitivo conductual, sí ayuda a adultos con TDAH, en combinación con su medicación para aumentar los efectos positivos de la medicación y para ayudarles a abordar muchos de los problemas que tienen con las funciones ejecutivas en la vida diaria. Por lo tanto, no digo que la terapia cognitivo conductual no funcione de ninguna manera para el TDAH, pero sólo funciona para adultos, no para niños.

Por otro lado, como les acabo de explicar, hay diferencias entre los dos trastornos. Así que puede ser que los estudios sobre TDAH y terapias cognitivas no sean de ninguna manera pertinentes para el TCL. Les animo a volver a considerar, que la terapia cognitiva pueda ser útil para tratar el TCL en niños y en adultos.

Sabemos que esta terapia, funciona muy bien para tratar trastornos de ansiedad y también para la depresión.

Ya que ambos ocurren más a menudo con el TCL, desde luego en el caso de la ansiedad, volvamos a considerar la posibilidad de que este tipo de terapia pueda constituir una intervención útil para el TCL y no la descartemos basándonos en los estudios existentes sobre TDAH.

No existen otros estudios sobre medicación para niños con TCL, aparte de los que han probado tratándolos con estimulantes.

Pero podríamos aventurar que valdría la pena probar con otro tipo de medicamentos. Vuelvo a insistir en que se trata de una conjetura.

Pero si tuviese que sugerir una hipótesis, miraría a la Atomoxetina. Las investigaciones demuestran que la Atomoxetina mejora los síntomas de ansiedad en los niños y los adultos con TDAH, aunque no se ha estudiado específicamente para casos de TCL. Dado el hecho de que los casos de TCL tienen mayor tendencia a la ansiedad, es posible que la Atomoxetina mejore la ansiedad y también la falta de atención.

Está aún por comprobar pero creo que vale la pena estudiarlo.

Otra medicación posible podría ser el Modafinilo. Es un medicamento antinarcótico que aparentemente mejora el estado de alerta. Se ha demostrado que mejora los síntomas del TDAH. Si consideramos el estado relativamente adormilado, con bajo estado de alerta y bajo nivel de activación característicos del TCL, es posible que un medicamento antinarcótico, pueda estar indicado. De nuevo se trata de una conjetura absoluta, pero valdría la pena investigarlo.

Y para concluir, es posible que si el TCL esté asociado con pensamiento obsesivo, especialmente el tipo que se relaciona con el TOC – Trastorno Obsesivo Compulsivo, podríamos considerar un medicamento para el Trastorno Obsesivo Compulsivo y tratar ese tipo de TCL.

CONCLUSIONES

Ahora para terminar esta presentación, permítanme que les recuerde que hemos intentado distinguir entre el TDAH y un segundo trastorno de atención que hemos denominado TCL, Tempo Cognitivo Lento.

Hemos visto que el TDAH es un trastorno relativamente crónico, que está compuesto por un mínimo de dos áreas de déficits: la inhibición y la inatención. La dimensión inatenta de los síntomas, parece indicar un problema con la persistencia y la resistencia a distracciones, pero también dificultades con la memoria de trabajo y posiblemente con otras funciones ejecutivas.

Ya que las funciones ejecutivas forman la base de la auto-regulación, parece que el TDAH es también un trastorno de autorregulación.

Por el contrario, el TCL parece ser un problema relacionado con soñar despierto, estar en las nubes, confusión mental, lentitud y un bajo nivel de atención. Los síntomas siguen un patrón de dificultades muy distinto. Hasta la fecha, las investigaciones sugieren que el TCL es un trastorno distinto del TDAH y no un sub-tipo del TDAH. Ambos trastornos sin embargo, pueden existir conjuntamente y de hecho, hasta en un 50% de los casos de cada uno, es probable que los dos estén presentes. Los estudios sobre disfunciones, sugieren que ambos trastornos producen disfunciones que pueden llegar a ser igualmente perjudiciales en adultos. En la infancia las disfunciones que produce el TCL, se centran más en el ámbito del aprendizaje y no parece afectar tanto a otras áreas de la vida diaria. Pero en el adulto, el TCL interfiere tanto como el TDAH en el funcionamiento ocupacional y en otros ámbitos. Por lo general, en los casos donde ambos trastornos existen simultáneamente, cuando existe comorbilidad, las disfunciones son mayores que en el caso del TDAH o del TCL solo.

Podemos demostrar que el TDAH se diferencia de otros trastornos por su inicio en la infancia, su curso relativamente crónico, el impacto generalizado en prácticamente todas las áreas de las funciones ejecutivas, como hemos visto en escalas de valoración numérica, sobre la función ejecutiva y la vida diaria.

También por el hecho de que el TDAH es un trastorno que no amaina y con el paso del tiempo, produce disfunciones de naturaleza generalizada.

Espero que hayan aprendido mucho con este curso y que decidan apuntarse a otros cursos míos, en esta página web.

En la página de mi editorial www.gilford.com, pueden conocer los nuevos libros que he publicado y mis nuevas escalas de valoración numérica para TDAH en adultos, la función ejecutiva en adultos y disfunciones psicosociales en adultos.

Muchas gracias por apuntarse a este curso. Que tengan un buen día.