

LA COMORBILIDAD Y SU IMPACTO EN EL TRATAMIENTO DEL TDAH

Dr. Russell A. Barkley

CURSO PARA PROFESIONALES

CAPÍTULO 8

BIENVENIDOS

Hola. Soy el Doctor Russell Barkley, Profesor Clínico de Psiquiatría en la Universidad de Medicina de Carolina del Sur (Medical University of South Carolina). Bienvenidos a este curso por Internet sobre la comorbilidad en el TDH y su importancia para un tratamiento óptimo.

REVELACIÓN DE FUENTES DE INGRESOS

Antes de empezar, quiero compartir con Uds. mis fuentes de ingresos durante el año pasado, por si consideran que pueda existir algún conflicto de intereses en los contenidos de esta presentación. Estoy jubilado de la Cátedra de Medicina de la Universidad de Massachusetts, aunque sigo en activo. Imparto conferencias para diversas organizaciones de asistencia sanitaria y asociaciones profesionales internacionales, como pueden observar en la diapositiva. He desarrollado diversos productos como libros, vídeos y un boletín (Newsletter), que están en el mercado a través de varias editoriales, como figura aquí. Finalmente, asesoro y trabajo como conferenciante en representación de varias de las principales empresas farmacéuticas que venden productos para el tratamiento del 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
ETS – Enfermedad de Transmisión Sexual
TMS – Terapia Multisistémica

LA COMORBILIDAD Y SU IMPACTO EN EL TRATAMIENTO DEL TDAH

Empecemos. En este curso hablaré sobre la comorbilidad en el TDAH y de qué manera tener en cuenta los trastornos comórbidos, para ayudar a optimizar el tratamiento.

ESFUERZOS PARA CLASIFICAR EL TDAH EN SUBTIPOS ÚTILES

A lo largo de la historia del TDAH, se han hecho muchos esfuerzos para intentar dividir el trastorno en subtipos más homogéneos, que podrían aportar mayor información de utilidad clínica. Una manera de abordar esta tarea es la que emplea el DSM-IV, en el que el TDAH está dividido en 3 subtipos: el tipo combinado, en el que están presentes síntomas de inatención y de hiperactividad-impulsividad; el tipo inatento, en el que sólo hay síntomas significantes de inatención; y finalmente el tipo hiperactivo-impulsivo en el que ocurre lo contrario – sólo hay síntomas de la dimensión hiperactiva-impulsiva.

Durante la última década, se ha visto que esta manera de abordar la clasificación en subtipos, no resulta útil y lo más probable es que ya no aparezca en el DSM-V, porque los subtipos se “contaminan” mutuamente. Como expliqué en el curso que ofrezco en esta página web, sobre el diagnóstico y la clasificación en subtipos, es posible que un individuo cambie de subtipo, simplemente por el hecho de madurar según va cumpliendo años.

Además, los umbrales que se utilizan para establecer los subtipos, hacen que sea posible que una persona que tenga 6 síntomas de inatención y sólo 5 de hiperactividad, sea clasificada como TDAH de tipo inatento, a pesar del hecho de que tenga 11 síntomas del TDAH de tipo combinado. Les falta sólo 1 síntoma para calificarlo como TDAH de tipo combinado y ese único síntoma, probablemente no tenga ningún valor cualitativo a la hora de establecer el subtipo de este trastorno.

A raíz de estudios genéticos de la conducta con poblaciones enteras, parece que el TDAH es un solo trastorno con un grado de severidad variable en la población. Sin embargo, durante la última década se han realizado estudios de individuos derivados a la clínica, con un diagnóstico de TDAH de tipo inatento sin síntomas significantes de hiperactividad e impulsividad. Como he explicado en mi curso sobre la clasificación en subtipos, aproximadamente la mitad de estos individuos, parecen tener un tipo de inatención que es diferente al que se ve habitualmente en el TDAH. Los investigadores han atribuido a estas personas, el término de Tempo Cognitivo Lento (TCL), mientras que los médicos clínicos les denominan Trastorno de Déficit de Atención (TDA).

Es muy posible que el TCL, como se conoce ahora, sea un tipo distinto y diferenciado de inatención, de la que se ve en el TDAH. Mis propios estudios, que se publicarán en breve en el *Journal of Abnormal Psychology*, indican que el TCL es de hecho, un trastorno diferente pero que se puede solapar en un 50% o más de los casos con el TDAH, especialmente el TDAH de tipo inatento. Pero tiene un perfil distinto en cuanto a características demográficas, comorbilidad y disfunciones. Pueden encontrar más información sobre el TCL, en mi curso sobre la clasificación en subtipos.

Otra manera de abordar la clasificación en subtipos que podría ser útil en el futuro, es basar la diferenciación de los tipos de TDAH en la etiología, o lo que se conoce como la causa del trastorno. Actualmente parece que los casos, en los que el TDAH ha surgido como comorbilidad de varias lesiones cerebrales, pueden ser distintos a los casos en que el TDAH tenga una etiología genética o familiar. En este caso hemos encontrado que los casos de TDAH adquirido, pueden surgir en cualquier momento del ciclo evolutivo, aunque a menudo están relacionados con complicaciones durante el embarazo.

De todas maneras, es posible que un individuo desarrolle el TDAH durante la adolescencia o en cualquier momento de la edad adulta, a causa de una lesión cerebral posterior, especialmente en la corteza frontal, la zona que se conoce como el cerebro ejecutivo.

Para obtener más información sobre estos casos de TDAH adquirido, pueden apuntarse al curso que ofrezco en esta página web, sobre las Etiologías del TDAH. De momento es suficiente saber que estos casos de TDAH adquirido, pueden surgir en cualquier momento, mientras que el TDAH genético, de origen familiar, suele surgir a una edad temprana, en la infancia, y normalmente antes de llegar a los 12 o 16 años de edad.

Otra diferencia entre el TDAH de tipo adquirido y el del tipo genético, puede estar en la respuesta a cada uno de los medicamentos, especialmente los estimulantes. Algunos estudios sugieren, que las personas con TDAH adquirido, no responden tan bien a estos medicamentos y pueden experimentar más efectos secundarios, que las personas con TDAH de tipo genético. Un estudio realizado hace más de 10 años por Mary Ellen Fisher en la Universidad Médica de Wisconsin, indica por ejemplo, que los casos de TDAH asociado con la epilepsia, no responden tan bien a los medicamentos estimulantes.

De hecho, tienen una respuesta del 50% o menos y con un mayor número de efectos secundarios, mientras el tipo genético familiar del TDAH, tiene una respuesta de entre 70% y 90% a los medicamentos estimulantes habituales en el mercado. Esta diferencia en la respuesta a los medicamentos, se encuentra también en los casos del TDAH como resultado de una leucemia linfoblástica aguda, tratada con radioterapia y quimioterapia.

Estos casos de TDAH, parecen tener su origen en el tratamiento de la leucemia y no en la enfermedad misma, y estos casos de TDAH inducidos por la LLA, no responden tan bien a los medicamentos.

Otro tanto ocurre con los niños con Síndrome de Alcohol Fetal o casos de TDAH, relacionado con la discapacidad cognitiva severa.

Se ha visto que en las personas con un coeficiente intelectual por debajo de 50, la respuesta a los medicamentos es muy inferior a la de las personas con un coeficiente intelectual por encima de 50, estos últimos tienen una respuesta a estos medicamentos similar a la de las personas con TDAH, sin ninguna discapacidad cognitiva.

En el futuro es posible, que se pueda determinar el subtipo de TDAH por la genética. Los investigadores siguen investigando los genes de riesgo del TDAH. Es posible que los individuos con una pauta de genes de riesgo, se diferencien en algunos aspectos de las personas que tienen una pauta de genes de riesgo distinto. Algunos genes relacionados con el TDAH, por ejemplo, conllevan una predisposición para la adicción a la nicotina, los accidentes de coches y una forma de TDAH más persistente en el tiempo, que no se ve en personas que no tienen estas variantes genéticas.

Aunque de momento la genética no ha avanzado al punto de resultar útil a la hora de clasificar el TDAH en subtipos, hay muchos datos que indican que en el futuro es posible que podamos contar con la genética, para este tipo de clasificación. Hay más información sobre la genética molecular del TDAH, en mi curso sobre las Etiologías del TDAH, en esta página web.

Para terminar, una de las formas más prometedoras de abordar la clasificación en subtipos, es dividir los casos del TDAH según la presencia de un segundo trastorno comórbido. Es decir, que las personas que tienen un TDAH puro pueden diferenciarse de las que tienen un trastorno comórbido, no solamente por la presencia del mismo, sino por la forma en que el trastorno comórbido afecta nuestra manera de comprender la naturaleza del TDAH en estos casos, y en especial, la manera de planificar el tratamiento.

TODOS LOS CASOS DE TDAH - TRATAMIENTO

Independientemente de la presencia de una comorbilidad, las siguientes recomendaciones se pueden aplicar a todos los casos del TDAH: asesoramiento para los padres o los adultos que a su vez tienen TDAH, sobre la naturaleza del trastorno, sus causas, su desarrollo y los tratamientos comprobados científicamente y los que no lo son.

Los padres de niños con TDAH, deben recibir pautas para manejar la conducta en casa y recomendaciones para abordar las dificultades en el aula.

Se recomienda a los adultos con TDAH, que participen en los programas de terapia de conducta cognitiva, que se han desarrollado específicamente para esta población. Para más información sobre el asesoramiento y tratamiento del TDAH en los adultos, pueden seguir el curso que ofrezco en esta página web sobre Consecuencias del TDAH en los adultos.

Desde luego, todos los individuos con TDAH deberían tener una revisión y evaluación médica para descartar la posibilidad de que tengan algún otro trastorno tratable, que podría exacerbar los síntomas o incluso ser la causa de la inatención que en principio les ha llevado al diagnóstico del TDAH. Por ejemplo, las personas que tienen dificultades con el sueño, como comentaré más adelante en este curso, pueden manifestar inatención durante el día.

El nivel de inatención no llega a ser el del TDAH, pero si el médico clínico no aplica la totalidad de los criterios de diagnóstico, es posible llegar a un diagnóstico erróneo. El tratamiento del trastorno del sueño podría resolver, tanto la somnolencia como la inatención durante el día.

En cualquier caso de TDAH, en el que se recomienda un tratamiento con medicamentos, será imprescindible realizar una evaluación médica previa, para incluir o descartar síntomas o trastornos que podrían contraindicar el uso de fármacos.

Se deberían aconsejar a los padres con niños con TDAH, la necesidad de supervisar a sus hijos, debido al mayor riesgo de accidentes y lesiones que pueden también afectar a otras personas en su entorno, y a conductas arriesgadas, así como problemas a la hora de conducir, tanto en la adolescencia como en la edad adulta. El inicio temprano de actividad sexual y los riesgos que estos pueden presentar, entre ellos los embarazos en adolescentes, donde el riesgo es 10 veces mayor para personas con TDAH, también se debería tener en cuenta.

Hay más información disponible, en mi curso sobre Factores de Riesgo en esta misma página web. Los padres deberían estar avisados, desde luego, sobre el riesgo de la relación con amigos conflictivos que ocurre a menudo en niños con TDAH, especialmente los que han sufrido rechazo social.

El TDAH está relacionado con un mayor riesgo de actividades antisociales y delincuencia, además de la experimentación y consumo de drogas, que acompaña frecuentemente a estas actividades antisociales y la afiliación con grupos conflictivos.

Sería muy útil advertir a los padres sobre estos riesgos al inicio del programa de asesoramiento o apoyo terapéutico, durante la sesión de feedback, para que extremen su vigilancia sobre los hijos, con la esperanza de reducir algunos de estos riesgos. Para más información sobre las consecuencias en la edad adulta, pueden dirigirse al curso que ofrezco en esta página web, sobre este tema.

Desde luego, todos los niños con TDAH, probablemente necesitarán asesoramiento para abordar su formación académica. No se trata necesariamente de servicios formales de educación especial intensivos y caros. Por supuesto, antes de derivar al niño a la clínica, se pueden hacer algunas recomendaciones para abordar las dificultades en el aula, al tener en cuenta su baja productividad, su tendencia a un rendimiento pobre, sus déficit ejecutivos, los problemas con la memoria de trabajo que perjudica su capacidad de escucha y de comprensión lectora y otras dificultades conductuales en el entorno escolar. Es recomendable aconsejar a los profesores, sobre formas de ajustar el currículum para ayudar a los alumnos con TDAH, a ser más efectivos.

Podrían ser cosas tan sencillas, como reducir la cantidad de tareas para los niños con TDAH, o dividir el trabajo en períodos cortos con descansos frecuentes. Para más información sobre el manejo del TDAH en el entorno escolar, pueden apuntarse al curso que ofrezco sobre el tema en esta página web.

RECOMENDACIONES PARA LOS CASOS DE TDAH

Además, para la mayoría de los casos de TDAH, si no la totalidad, deberían tener en cuenta hacer una revisión a los padres, para comprobar si ellos también tienen TDAH y otros trastornos relacionados. El TDAH es un trastorno con una gran probabilidad de transmisión hereditaria y por tanto, es muy posible que los padres de los niños derivados a la clínica para un diagnóstico de TDAH, lo tengan ellos también.

Como mínimo, de un 25% a un 35% de los padres de niños con TDAH, también tendrán el trastorno. El TDAH de los padres por supuesto, afectará su capacidad de manejar el trastorno en su hijo, tal como comentaré en este curso. Pero de momento vale la pena recordar, que se debería realizar una revisión de los padres, con las escalas de valoración que miden los síntomas del TDAH en adultos, para comprobar si lo tienen. Si los padres obtienen una puntuación alta en estos cuestionarios, deberían ser derivados para una evaluación diagnóstica más amplia y tratamiento.

Uno de los motivos para realizar esta evaluación, es porque los estudios demuestran que la inatención, y especialmente los síntomas más serios del TDAH en los padres, están relacionados con el uso de tácticas disciplinarias inconsistentes dentro de la familia, una baja monitorización de los hijos y un bajo nivel de refuerzo social del hijo con TDAH.

Estos factores contribuyen a un mayor riesgo de desarrollar un Trastorno Negativista-Desafiante.

En particular, las madres con altos niveles de síntomas de TDAH, pueden mostrar una menor implicación con sus hijos, un uso reducido de refuerzo positivo, mayores indicios de conductas negativas, gritos, chillidos, una mayor tendencia a dar órdenes y la aplicación de una disciplina inconsistente. Todos estos factores están relacionados con un riesgo creciente de Trastorno Negativista-Desafiante en los niños, en parte como explicaré más adelante en esta conferencia, porque las tácticas disciplinarias de los padres, influyen en el desarrollo de este trastorno en los niños con TDAH.

Además se ha demostrado en numerosos estudios, que los programas de entrenamiento conductual para padres, no suelen funcionar para los padres con TDAH. Por tanto, se debería realizar una revisión previa a los padres antes de entrar en estos programas, para determinar si tienen TDAH. En el caso de los que tienen el trastorno, este se debería tratar antes de que inicien cualquier programa de entrenamiento conductual de padres de cara a beneficiar su relación con los hijos.

Por último, el tratamiento del TDAH en los padres se ha relacionado, no sólo con una mejora de los síntomas de TDAH en los padres, sino también en una mejora en la conducta del hijo, y en especial con las conductas desafiantes. Es así, porque mejora la consistencia de las tácticas disciplinarias de los padres y reduce su tendencia a utilizar formas más duras de disciplina. Puede también mejorar la implicación y la supervisión y monitorización de los hijos, por parte de estos padres. Por todos estos motivos, les animo encarecidamente a que hagan una revisión a los padres de los niños diagnosticados con TDAH, para comprobar si ellos también lo pueden tener.

EL ÁRBOL COMO METAFORA DE LA COMORBILIDAD

Este diagrama indica, la relación probable entre varios trastornos y la razón por la que la comorbilidad es tan frecuente en distintos trastornos, incluido el TDAH. Como pueden observar aquí, al utilizar la imagen del árbol como metáfora de la comorbilidad, hay ciertos trastornos que tienden a juntarse. Pueden observar aquí, por ejemplo, que el TDAH tiene tendencia a agruparse con otros trastornos, como el trastorno de conducta, el de personalidad antisocial, de drogodependencia, el de impulsividad como ciertos trastornos de personalidad, y probablemente con el trastorno bipolar, especialmente la manía, tal como comentaré más adelante.

Al lado izquierdo del árbol, están los trastornos más internalizantes, como la ansiedad, la depresión, la distimia y el trastorno obsesivo-compulsivo, y

por supuesto, hay otros trastornos que se podrían ubicar en unas posiciones menos centrales. De todas maneras, la metáfora del árbol sugiere, que algunos trastornos guardan una relación más cercana entre sí y tienen tendencia a producirse conjuntamente, como pueden ser el TDAH, el trastorno desafiante o el trastorno de conducta. Aunque es posible que puedan coexistir, hay menos probabilidad de encontrar una relación comórbida, entre el TDAH y trastornos como el Obsesivo Compulsivo, Tics o el Síndrome de Tourette y trastornos de ansiedad.

Por debajo del tronco del árbol, bajo tierra, podemos observar los factores que probablemente contribuyen a ciertos trastornos y a la comorbilidad entre trastornos. Así que, esta metáfora es muy útil para comprender la interrelación entre diversos trastornos y por qué el riesgo de comorbilidad es tan alto. También ayuda a entender algunos de los factores que pueden contribuir, a la predisposición de comorbilidad en el TDAH y en otros trastornos.

LOS PACIENTES CON TDAH FRECUENTEMENTE TIENEN TRASTORNOS COEXISTENTES

En este diagrama, podemos ver el alto porcentaje de comorbilidad en los niños con TDAH. Observemos, por ejemplo, en el lado izquierdo de la imagen, la información sobre los niños y la adolescencia. Son los resultados de un estudio amplio de tratamiento de TDAH de diversas modalidades publicado hace casi 10 años y financiado por el Instituto Nacional de la Salud Mental, en los Estados Unidos. El estudio se llevó a cabo, en por lo menos 5 localidades distintas en los EE.UU. y Canadá. Aquí podemos observar, que en la revisión inicial previa a la participación de los niños en el estudio, un 69% tenía por lo menos un trastorno adicional y un 31% sólo tenía TDAH.

En mi opinión el estudio del MTA, probablemente subestima la comorbilidad, pero sí demuestra que los trastornos comórbidos son bastante frecuentes en las personas con TDAH derivadas a clínica.

Mi propia investigación sugiere que la comorbilidad de por lo menos un trastorno adicional en los niños, puede llegar hasta un 80%, mientras que la presencia de por lo menos 2 trastornos comórbidos, además del TDAH, es mayor del 50%.

Si miramos al lado derecho de la imagen, verán los resultados de un estudio de adultos, realizado por Walleye Shakim, en Los Ángeles. El estudio se realizó hace muchos años, pero demuestra la comorbilidad que este psiquiatra encontró en los adultos que atendió en su clínica. Aquí vemos que un 86% de estos adultos derivados a la clínica por el TDAH, tenían por lo menos un trastorno adicional, siendo el más común el trastorno generalizado de ansiedad.

Estos resultados, concuerdan con los de mis propias investigaciones que se publicaron en 2008, en mi libro de texto sobre el TDAH en adultos, “El TDAH en adultos: Lo que nos dice la ciencia”.

En mi libro, mi compañero y yo observamos que un 80% de los adultos con TDAH, tenían un trastorno comórbido e igual que en los niños, más del 50% tenían un tercer trastorno.

Todo esto indica, que la comorbilidad es bastante común y podría ser que para la clasificación en subtipos del TDAH en adultos o niños, según el trastorno comórbido que presenten, podría aportar información útil a nivel clínico, a la que no tendríamos acceso, si el diagnóstico se quedaba simplemente en el TDAH.

LOS FACTORES RELACIONADOS CON LA COMORBILIDAD

Hay numerosos factores que, según se ha demostrado, aumentan el riesgo del desarrollo de un segundo trastorno en las personas con TDAH. Aquí hay un listado de los resultados del estudio realizado por Hurtig y sus compañeros, publicado en 2007. El estudio encontró una variedad de factores que contribuyen a un mayor riesgo de trastornos comórbidos. Cuantos más factores había, mayor era la probabilidad de la manifestación de un segundo trastorno.

Muchos de estos factores son lógicos y los vimos en el diagrama del árbol que hemos utilizado, como metáfora de la comorbilidad.

Aquí podemos observar, que el grado de severidad de los síntomas del TDAH, aumenta el riesgo de desarrollar un segundo trastorno, en particular trastorno desafiante y trastorno de conducta. El divorcio de los padres o la desestructuración familiar, puede ser otro factor de riesgo para el desarrollo de trastornos comórbidos, en especial el trastorno de conducta, depresión y ansiedad.

El nivel de ingresos familiares, también se ha asociado con diversos riesgos, normalmente con los trastornos de exteriorización. El grado de satisfacción vital de los padres, se ha asociado con riesgos de comorbilidad, así como la disminución del interés en la monitorización del niño, por parte de los padres. Estos factores, finalmente podrían llevar al niño al desarrollo de un trastorno de conducta, a causa de la asociación con compañeros conflictivos, un hecho desconocido para los padres, debido precisamente a la falta de monitorización de su hijo y sus compañeros de juego.

Como pueden observar en la diapositiva, la afiliación directa del paciente con grupos de iguales antisociales, también aumenta el riesgo de comorbilidad, especialmente de trastorno desafiante, de conducta y de drogodependencia.

Por último, se sabe que el TDAH, la depresión, el trastorno de personalidad antisocial o la drogodependencia de los padres, son factores que aumentan el riesgo del desarrollo de estos mismos trastornos en los hijos, además del trastorno desafiante o de conducta.

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE (40-80%)

El primer trastorno que voy a comentar, es el trastorno negativista-desafiante. Se trata de la comorbilidad más común en el TDAH. Un promedio de un 65% de los niños con TDAH, terminará desarrollando el TND a los 2 o 3 años del inicio del TDAH. El grado de severidad del TDAH es un factor de pronóstico directo para esta comorbilidad.

¿Por qué está el TDAH relacionado con pautas de conductas hostiles, desafiantes y testarudas, con resistencia a la autoridad y una baja tolerancia a la frustración? Para comprenderlo, creo que nos conviene considerar el TND como un trastorno bidimensional, tal como he comentado en otro curso que ofrezco en esta página web, sobre la importancia de las emociones en el TDAH. Lo comenté también en esta misma página web, en mi curso sobre las funciones ejecutivas. Pero volveré a recalcar algunas de las observaciones que hice en estos cursos anteriores. El concepto del TND, como un trastorno con una sintomatología bidimensional, resulta más útil que la única dimensión de síntomas presente en el DSM-IV. La mitad de los síntomas del TND, como la actitud desafiante, las discusiones, etc., parecen estar relacionados con el conflicto social, pero la mitad de los síntomas del TND son de naturaleza emocional y están relacionados con la desregulación emocional, que forma parte del TDAH. Por tanto, podemos observar que la predisposición del TDAH, a problemas con el autocontrol emocional, y especialmente con una baja tolerancia a la frustración, la impaciencia, facilidad para enfadarse y la tendencia general de mostrar las emociones de forma impulsiva, hace que el riesgo para el TND sea más alto, porque estas personas ya tienen síntomas de este trastorno aunque no esté diagnosticado al 100%.

Estos síntomas de impulsividad y desregulación emocional, están relacionados con el TDAH, especialmente del tipo combinado. Por decirlo de otra manera, las personas con TDAH de tipo combinado son en efecto, casos de TND por debajo del umbral diagnóstico.

Con sólo unos síntomas de conflicto social adicionales, cumplirían los criterios de diagnóstico del TND.

Otra dimensión del Trastorno Negativista Desafiante, tal como he comentado, es la del conflicto social. Los estudios sugieren, que este área está más relacionada: con el aprendizaje, con el conflicto social dentro de la familia y su relación con los padres, que con la desregulación emocional, que como ya he dicho, parece surgir más bien del TDAH y de sus bases biológicas.

Por lo tanto pueden hacer falta varios años de una crianza inconsistente en la familia, antes de que aprendan y aparezcan los síntomas de conflicto social.

Parece que los niños aprenden a utilizar las emociones, como herramienta social a la hora de interaccionar con los otros, para conseguir lo que quieren y en especial para que les dejen en paz cuando no les apetece hacer caso a las exigencias que les quieren imponer los padres.

Esto nos ayuda a comprender, por qué las probabilidades de que una persona con TDAH desarrolle TND sea 11 veces mayor, que en otras personas. Es debido a la predisposición a la desregulación emocional, tal como he comentado anteriormente, esto supone un 50% de los problemas que contribuyen al TND. A estas personas sólo les falta aprender, algunos de los síntomas de conflicto social para avanzar hacia un TND diagnosticable.

Así que el TDAH contribuye, y probablemente causa, el TND, a través de la dimensión hiperactiva-impulsiva del TDAH y su asociación con la disfunción ejecutiva, que da como resultado, un autocontrol emocional pobre.

Para más información, pueden apuntarse al curso que ofrezco en esta página web sobre las Funciones Ejecutivas. Esta relación entre el TDAH y el TND, y el hecho de que el primero probablemente es la causa del segundo, o que por lo menos influye sobre la predisposición a su desarrollo, parece explicar uno de los resultados que se conoce desde hace tiempo, en la bibliografía sobre el TDAH. Este resultado tan conocido, es el hecho de que los medicamentos que se utilizan para reducir los síntomas del TDAH, tienen mucha probabilidad de reducir los síntomas desafiantes, siempre que esté presente el TDAH mismo.

Ahora comprendemos por qué: los medicamentos tratan los síntomas del TDAH y al reducirlos, disminuyen la desregulación emocional, asociada con este trastorno. Al lograrlo, reducen también el aspecto de desregulación emocional del TND. Estos medicamentos probablemente no servirán para reducir síntomas, que son el resultado de conflicto social y aprendizaje familiar, con sus raíces en la crianza inconsistente.

En esta diapositiva, pueden observar la procedencia de estos comentarios. De hecho, a lo largo de esta conferencia, verán las fuentes de información citadas al pie de cada diapositiva.

MÁS SOBRE EL TND

Como he comentado anteriormente, parte de la variación, que vemos en cuanto a la severidad del TND, es el resultado del aprendizaje dentro de la familia a causa de una crianza inconsistente o conflictiva. Esta manera de criar a los hijos, está caracterizada por el uso inconsistente de las consecuencias, como respuesta a la mala conducta del niño, el uso indiscriminado de disciplina muy dura o muy permisiva, un alto grado de expresión emocional, y la aplicación indiscriminada de consecuencias extraordinariamente duras o permisivas, especialmente en cuanto a las medidas disciplinarias.

Esta manera de criar a los hijos parece demostrar a los niños que pueden salirse con la suya, por lo menos a veces, a la hora de no responder a las órdenes de los padres o conseguir, mediante la expresión emocional extrema como medida de presión social, que sus padres desistan y les dejen en paz. Es decir, que los hijos aprenden que el uso de las emociones les puede servir para conseguir lo que quieren, en familias en las que la crianza es inconsistente.

Nos deberíamos preguntar por el origen de esta crianza inconsistente o interrumpida. ¿Por qué ocurre en estas familias? Lo más probable es que esté relacionada con trastornos psiquiátricos de los padres o con una psicopatología parental general.

Entre los trastornos psicopatológicos parentales, lo más común es el TDAH. Como ya he comentado anteriormente, el TDAH es un trastorno con un alto grado genético y por tanto, si el hijo lo tiene, es probable que por lo menos uno de los padres lo tenga también, o por lo menos la presencia de algunos de los síntomas, dentro del fenotipo familiar del TDAH.

Además, estos padres pueden tener mayor riesgo de tener depresión, personalidad antisocial o trastornos de drogodependencia – todos ellos, como sabemos, están relacionados con el TDAH en los adultos.

Todos estos trastornos pueden influir en la crianza inconsistente de los hijos, hecho que, sin quererlo, puede llevar a entrenar al niño en el uso de conductas negativistas para salirse con la suya, en la interacción con los padres.

Resulta útil también, comprender que las dos dimensiones del TND pronostican resultados distintos. Los síntomas del TND, por supuesto, pronostican la persistencia del TDAH e incluso el desarrollo de problemas adaptativos, como mojar la cama (enuresis). Los síntomas del TND también están relacionados con un riesgo futuro de trastorno de conducta, depresión grave y trastornos de ansiedad. Estudios recientes, sin embargo, indican que las dos dimensiones están asociadas diferencialmente con estos riesgos.

El aspecto de desregulación emocional del TND está relacionado con el desarrollo de depresión grave y trastornos de ansiedad, mientras que la dimensión de conflicto social del trastorno, pronostica el desarrollo de un trastorno de conducta y como consecuencia, un mayor riesgo de trastornos de drogodependencia. Por tanto, los médicos clínicos deberían tener en cuenta que el TND es un trastorno bidimensional y que cada una de estas dimensiones parece tener su propio origen y correlación en el tiempo, en las etapas evolutivas.

4 FACTORES MODELO DE DESAFÍO

Este diagrama ofrece otra manera de presentar la información que les he aportado en las dos diapositivas anteriores. En el lado derecho de la diapositiva, verán un cuadrado que representa el TND infantil. Pueden observar que se ha separado en sus 2 dimensiones: la de conflicto social y

la emocional. Los factores en la infancia parecen aportar la mayor parte de la dimensión emocional del TND.

Entre estos factores, figuran el TDAH y su regulación emocional deficiente, una pauta generalizada de temperamento negativo neonato infantil, y si el niño ha iniciado el desarrollo de un trastorno de ánimo o no. Todos estos factores contribuyen a la dimensión emocional del Trastorno Negativista Desafiante.

La dimensión de conflicto social del TND tiene su origen en la crianza inconsistente, pero es necesario mirar hacia atrás para comprender su presencia. Si aplicamos esta perspectiva más amplia, observamos que la psicopatología parental es un factor de riesgo de la crianza inconsistente, así como los factores de estrés familiar, que bien podrían estar relacionadas con la psicopatología de los padres. Por tanto factores en el trasfondo familiar, como el estrés y los trastornos de los padres contribuyen al TND porque dan origen a una crianza conflictiva o inconsistente.

Este tipo de crianza, es la vía común para generar el aspecto de conflicto social del TND, mientras que los factores en la infancia, como el TDAH y la desregulación emocional asociada al trastorno, contribuyen a la dimensión emocional del TND. Espero que esta explicación les ayude a comprender la naturaleza del TND y la razón por la que tan frecuentemente, surge como trastorno comórbido relacionado con el TDAH.

EL IMPACTO DEL TRATAMIENTO EN EL TND

¿Qué implica la existencia del TND comórbido, para la planificación del tratamiento de los casos de TDAH? Para empezar, tiene poco que ver con la probabilidad de que el niño responda a los medicamentos para el TDAH, como los medicamentos estimulantes Atamoxetina (que figura en esta diapositiva como ATX) o Guanfacina XR, un fármaco nuevo que empezó a comercializarse en 2010, para tratar el TDAH. Se sabe que todos estos fármacos reducen los síntomas del TDAH, acompañado o no por TND, pero todos reducirán también los síntomas del TND, siempre que sea

comórbido con el TDAH. Los estudios indican, sin embargo, que cuando existe un TND comórbido, puede ser necesario aumentar la dosis.

Cuando está presente el TND, es muy probable que el médico clínico tenga que recomendar un programa adjunto de entrenamiento, en métodos de gestión de conducta infantil para los padres. Por favor, tengan en cuenta que la probabilidad de obtener una buena respuesta del niño a este tipo de entrenamiento, está relacionada con su edad. Las mayores posibilidades de una respuesta positiva, ocurren durante los años de la educación primaria. Cuanto más joven es el niño, mayor es la probabilidad de que consiga una mejoría, como consecuencia del entrenamiento de sus padres en métodos positivos para el manejo de la conducta infantil.

Como pueden observar en esta diapositiva, entre un 60% y un 75% de los niños con TDAH en edad de estudios de primaria, muestran una respuesta positiva al entrenamiento de los padres en el manejo de conductas infantiles. El porcentaje de respuesta positiva, decae entre un 25% y un 30% a los 13 años.

El motivo de esta bajada en la respuesta al entrenamiento parental, que se ve por cierto en todo tipo de terapias familiares, es porque a esta edad la influencia de la familia sobre el niño empieza a estar en un segundo plano y aumenta la influencia de los amigos y otros adultos fuera del hogar, como profesores, entrenadores, etc.

Otro factor, es que la influencia genética (o de la variación genética) sobre la conducta del niño, parece aumentar con el paso del tiempo. Por tanto, cuanto mayor se hace el individuo, mayor es la diferenciación con otras personas, como resultado de ciertas características de su personalidad (como puede ser el TND), debido a la variación genética y no solamente por el tipo de crianza que ha recibido de los padres. Sea cual sea la razón, la probabilidad de una buena respuesta al entrenamiento conductual de los padres, disminuye.

Por tanto los médicos clínicos, deberían intentar intervenir en la vida del niño con TDAH cuanto antes, si quieren disminuir o eliminar el riesgo de

que desarrolle un Trastorno Negativista Desafiante con todas sus características diagnosticables. Hay que tener en cuenta también, que puede ser necesario tratar el TDAH de los padres, si fuera el caso, para que posteriormente puedan participar plenamente en un programa de entrenamiento de manejo de conductas infantiles, tal como he apuntado anteriormente.

Recomiendo a los médicos clínicos, que a partir de los 13 años propongan entrenamiento de resolución de problemas y de comunicación – una forma de terapia familiar, en la que tanto el adolescente y sus padres, reciben un entrenamiento directo en técnicas de reducción de conflictos. Incluye trabajo para mejorar los métodos que utilizan para resolver problemas y para la comunicación y en general, mejorar las relaciones familiares.

Pueden encontrar más información sobre este enfoque de terapia familiar, en el libro que escribí con Arthur Robin y Gwyneth Edwards, “Adolescentes Desafiantes”. También pueden consultar un manual anterior, escrito por Gerald Patterson y Maureen Forgatch, que se titula “Parents and Adolescents, Living Together”, (La convivencia de los padres y los adolescentes).

Los programas de terapia familiar que proponen ambos, son bastante parecidos y se centran en el entrenamiento de padres y adolescentes, en métodos para reducir la conflictividad.

De todos modos, a partir de los 14 años, incluso esta manera de abordar la terapia familiar funciona con éxito, en sólo un 30% a un 35% de los casos. Esta cifra es mucho más alta sin embargo, que los resultados de las terapias familiares tradicionales, como la terapia sistémica o la dinámica, que sólo funcionan en un 5% a un 10% de los adolescentes, con TDAH y un trastorno negativista comórbido.

Antes de dejar el tema del TND, hay que estar atentos al hecho de que, un alto nivel de TND puede señalar la presencia de un grave trastorno de estado de ánimo. La irritabilidad, la furia, la rabia explosiva, las conductas destructivas impulsivas y la depresión grave, tienen tendencia a estar relacionadas con casos severos de TND.

Si se trata simplemente de irritabilidad y rabia explosiva, quizás sea más adecuado llamarlo una grave desregulación de estado de ánimo o un trastorno grave del estado de ánimo. Pero si esta alta irritabilidad, está relacionada con episodios de manía, grandiosidad, hipersexualidad, imposibilidad de conciliar el sueño, etc., es posible que se trate de un trastorno bipolar.

En ambos casos, lo más probable es que los medicamentos para tratar el TDAH, sean insuficientes a la hora de tratar estos trastornos de estado de ánimo. Para poder tratarlos, es probable que sea necesario el uso de estabilizadores de estados de ánimo, medicamentos antihipertensivos o incluso antipsicóticos atípicos.

En resumen, los síntomas negativistas pueden reflejar, hasta cierto punto, simplemente un TND. Pero si van más allá de cierto nivel de gravedad, de rabia explosiva, agresión, conductas destructivas e irritabilidad severa, estos síntomas pueden indicar la presencia de un trastorno del estado de ánimo mucho más grave, que necesitará su propio diagnóstico y tratamiento.

TRASTORNO DE CONDUCTA (20-56%)

Hablemos ahora del trastorno de conducta que se encuentra entre un 20% y un 56% de los casos de TDAH. En el estudio longitudinal que realicé en Milwaukee con Mary Ellen Fisher, encontramos que un 45% de las personas que seguimos hasta los 15 años, desarrollaron un trastorno de conducta. Desde luego, el desarrollo de un trastorno de conducta, como Uds. sabrán, está relacionado también con el desarrollo del trastorno negativista desafiante. Por tanto, no es sorprendente que casi la mitad de los casos de niños con TDAH y TND, probablemente desarrollarán un trastorno de conducta, normalmente a una edad bastante temprana.

Si el trastorno de conducta se desarrolla al inicio de la presencia del TDAH, parece que se trata de una forma mucho más severa de TDAH e incluso posiblemente, un subtipo único de origen familiar, en comparación a

cuando el TDAH se desarrolla solo. Es comprensible llegar a esta conclusión, porque cuando los dos trastornos se presentan de forma comórbida, lo hacen a una edad más temprana de lo habitual para cualquiera de los dos trastornos, y también con un mayor grado de severidad. Ambos trastornos probablemente, persistirán hasta la adolescencia y la edad adulta y pronostican la probabilidad de conductas antisociales o delictivas en el adulto.

Según los estudios, los casos de comorbilidad con trastorno de conducta, provienen de familias con un mayor grado de psicopatología familiar. Hay mucha más probabilidad de que los padres tengan personalidad antisocial, trastornos de drogodependencia y depresión grave, en comparación con los padres de los niños con TDAH, que no desarrollan trastorno de conducta.

Existe también, en los casos de trastornos de conducta comórbida, una pauta familiar clara por parte de los padres: de mayor expresión emocional, hostilidad, irritabilidad, depresión, falta de afecto y falta de monitorización de las actividades de los hijos.

Hay una menor interacción familiar y un nivel más bajo de reciprocidad entre los padres y los hijos, en estas familias a lo largo del tiempo y hasta la adolescencia. Como hemos comentado anteriormente, esta pauta de hostilidad parental, baja monitorización y crianza inconsistente, probablemente contribuye al desarrollo de un TND y observamos ahora que también puede contribuir al desarrollo de un trastorno de conducta.

El trastorno de conducta de inicio temprano, tiene mucha mayor probabilidad de estar relacionado con el TDAH, que el trastorno de conducta que se desarrolla a partir de los 12 o 14 años. Cuando existe comorbilidad, hemos visto que la respuesta de los pacientes a tratamientos psicosociales y de conducta, como las terapias familiares, es menor que la de las personas que tienen sólo uno de los dos trastornos. Existe también un mayor riesgo de psicopatía, falta de sensibilidad emocional y de conciencia, empatía, calor humano, y una falta de consideración de los derechos de otras personas.

Los individuos psicópatas tienen tendencia a la agresión premeditada o depredadora y no simplemente a la agresión reactiva, que normalmente acompaña al TDAH y probablemente tiene su origen en la falta de control de la impulsividad. De todas formas, los estudios han demostrado que 1 de cada 5 personas, que tienen un trastorno de conducta comórbido con el TDAH, probablemente se podría definir como psicópata.

He comentado antes que estas familias tienen mayores problemas con psicopatologías. Por tanto no nos sorprende, que exista una mayor probabilidad de divorcio, familias desestructuradas o incluso abandono de la familia por parte del padre. Es decir, que en estas personas tienen más probabilidades de criarse en familias monoparentales, normalmente con la madre, y con padres divorciados. Y finalmente se sabe, que la depresión grave está frecuentemente relacionada con el trastorno de conducta, cuando es comórbido con el TDAH. Como he comentado anteriormente, una de las vías de la depresión pasa por el trastorno negativista y por el trastorno de conducta, que a su vez pronostica un mayor riesgo de depresión grave, durante la adolescencia y la edad adulta.

Por tanto, es frecuente encontrar esta triada de trastornos comórbidos: es decir el TDAH con trastorno de conducta de iniciación temprana y un mayor riesgo de desarrollar una depresión grave con el tiempo.

Una de las vías que lleva al trastorno de conducta de inicio temprano es desde luego, a través del TDAH y el aumento de impulsividad que conlleva. Estos factores, en combinación con entornos adversos, como hemos dicho anteriormente, aumentan el riesgo de un trastorno de conducta. En cambio, si la persona con TDAH se hubiese criado en un entorno familiar y barrio mejores, el riesgo de desarrollarlo sería menor. Así que la interacción del TDAH con entornos familiares adversos, puede contribuir al riesgo de desarrollar un trastorno de conducta.

Esta interacción explica, porqué la mayoría de las personas con TDAH no terminan con un trastorno de conducta, pero otros, que se tienen que enfrentar con desventajas sociales, confusión, conflictos familiares, familias

desestructuradas, psicopatologías parentales, y como hemos comentado en relación con el TND, crianza inconsistente, sí lo desarrollan.

El TDAH en sí mismo, predispone al abandono escolar.

Para más información sobre estos riesgos, pueden seguir el curso que ofrezco en esta página web, sobre las consecuencias del TDAH en los adultos. Desde luego, el TDAH aumenta la predisposición al consumo de drogas durante la adolescencia y la edad adulta. Estudios que he realizado, indican que el TDAH aumenta 10 veces el riesgo de embarazo en la adolescencia, en comparación con la población adolescente en general.

Otros estudios indican, que cuando existe un trastorno de conducta los riesgos habitualmente relacionados con el TDAH, son aún mayores. Por lo tanto, mientras la presencia del TDAH aumenta estos riesgos a lo largo de la vida, cuando existe un trastorno de conducta estos riesgos son aún mayores. Fíjense que en comparación con el trastorno de conducta de iniciación temprana relacionado con el TDAH, el trastorno de conducta que se desarrolla a partir de los 12 años, probablemente tiene su origen en desventajas sociales, conflictos familiares y la relación con compañeros conflictivos.

Este último, a su vez, tiene mucha mayor probabilidad de remitir con el paso del tiempo, que el trastorno de conducta de inicio temprano, en relación con el TDAH.

EL IMPACTO DEL TRATAMIENTO EN EL TRASTORNO DE CONDUCTA (TC)

¿Cuál es el impacto del trastorno de conducta comórbido, sobre la planificación del tratamiento? Como ya he dicho anteriormente, la presencia de un trastorno de conducta, no parece alterar la respuesta del individuo a los medicamentos para el TDAH, como la Atomoxitina, la Guanfacina XR o los estimulantes. Todos estos medicamentos aparentemente disminuyen las conductas agresivas, e incluso las muestras de actividad antisocial en los individuos que tienen TDAH, con trastorno de conducta.

Pero como he comentado, en relación con el trastorno negativista, probablemente hará falta una dosis mayor, cuando el TDAH está acompañado de un trastorno de conducta.

Vale la pena tener en cuenta uno de los resultados de un estudio amplio sobre el tratamiento multimodal del TDAH, que se conoce como el Estudio MTA. En este estudio se vio que durante 3 años de seguimiento, la respuesta de los niños con TDAH y trastorno de conducta comórbido, a los medicamentos estimulantes, sufrió un deterioro notable, mientras que este no fue el caso, en los niños que sólo tenían TDAH. No se sabe porque, el trastorno de conducta está relacionado con la disminución de la respuesta a los medicamentos.

Quizás tiene que ver con la mayor probabilidad de familias disfuncionales, que influyen en el desarrollo del trastorno de conducta, independientemente de si han recibido tratamiento con medicamentos para el TDAH o no. O posiblemente esté relacionado con las diferencias fisiológicas, entre los niños que sólo tienen TDAH y los que tienen TDAH con trastorno de conducta comórbido.

Estas diferencias tienen que ver con baja respuesta al estrés, tal como se podría ver en los niveles inferiores de cortisol en la saliva, que indican un menor grado de respuesta en el acceso hiperpituitario, al estrés del cerebro. Sea como sea la razón, merece la pena esperar que este resultado se repita en un estudio posterior, antes de aceptarlo como definitivo.

Como he dicho anteriormente, los niños con trastorno de conducta y TDAH, frecuentemente proceden de familias disfuncionales y por tanto existe la necesidad de un mayor uso de intervenciones psicosociales con los padres de estas familias con múltiples problemas y no solamente con el niño. Se puede probar desde luego, con el entrenamiento en la resolución de problemas y la comunicación, que comenté en relación con el trastorno negativista-desafiante, pero creo que una terapia multisistémica podría resultar más útil.

La TMS es un tipo de terapia, que se desarrolló hace más de 20 años en la Universidad Médica de Carolina del Sur.

Es una manera muy intensiva de abordar el tratamiento. Se trata de la visita diaria de un terapeuta durante varias horas, para desarrollar una variedad de tratamientos psicosociales y psiquiátricos con la familia, dentro de su entorno habitual.

En esencia, es casi como introducir una madre o un padre sustituto en la familia, para abordar los problemas familiares. Cada terapeuta lleva sólo 4 o 5 casos, para poder dedicar el tiempo necesario de forma intensiva con cada familia, y tratar todos los distintos problemas que pueden surgir. Estos profesionales se han entrenado en una serie de distintas intervenciones basadas en datos empíricos, que se pueden utilizar tanto con el adolescente, como con los padres, según necesidad y de esta manera, reducir los obstáculos al tratamiento y a la respuesta al tratamiento.

Soy consciente de que el TMS parece un tratamiento muy caro, pero cuesta mucho menos que un encarcelamiento en un centro de menores que, además, suele empeorar la perspectiva de futuras actividades antisociales, por parte del individuo una vez que salga del centro.

Por tanto el TMS parece una alternativa más efectiva y menos costosa para tratar a adolescentes antisociales. Probablemente será necesario tratar el trastorno de los propios padres, ya que suele haber una mayor proporción de problemas psiquiátricos en estas familias.

Por último, les recuerdo que se ha demostrado que la reubicación de estas familias a barrios menos conflictivos, reduce notablemente la probabilidad de conductas antisociales, por parte de estos adolescentes. Por tanto, esta medida, si fuera posible, podría ser una recomendación muy interesante para las familias donde hay un hijo con TDAH y trastorno de conducta. El cambio a un barrio menos conflictivo, con mejores centros educativos, mejores familias y mejor grupo de amigos, puede ayudar a reducir el riesgo de un futuro trastorno de conducta de este niño.

Ahora bien, en los casos de individuos en los que la pauta de comorbilidad viene acompañada de una falta de sensibilidad emocional, que señala la

presencia de la psicopatía, no se debería iniciar la terapia con intervenciones psicosociales. Los estudios sugieren que este tipo de intervención no será útil, a no ser que el niño ya esté recibiendo tratamiento con medicamentos para el TDAH.

Una vez iniciado el tratamiento con los medicamentos, el niño tendrá mayor capacidad de respuesta al entrenamiento conductual de los padres, la terapia familiar u otras formas de abordar el tratamiento psicosocial. Por tanto, cuando el TDAH está acompañado por una psicopatía, hay que iniciar primero el tratamiento con fármacos y a continuación, las intervenciones psicosociales.

Les recuerdo que juntar a niños antisociales cara al tratamiento grupal, aunque resulte más rentable a nivel económico, no es una buena idea. Numerosos estudios indican que cuando se junta un grupo de niños agresivos, suele acelerar o aumentar la probabilidad de conductas aún más agresivas, en los niños participantes. Esto ocurre porque los niños agresivos suelen terminar entrenando a los otros niños en conductas conflictivas o agresivas, aunque sólo sea a modo de auto-defensa o por imitación.

Sea cual sea el mecanismo, juntar a niños agresivos en un mismo grupo con niños que no lo son, suele dar como resultado un aumento de agresividad, en por lo menos un 25% de los participantes en el grupo. Por tanto les animo a que trabajen con niños agresivos a nivel individual o, si es necesario, trabajar con ellos en grupo, juntarles con niños con un nivel semejante de conducta agresiva, para evitar este efecto negativo sobre los niños no agresivos.

Los niños que tienen trastorno de conducta y TDAH, tal como he dicho, tienen un mayor grado de conductas antisociales, incluso delictivas y por tanto lo más probable, es que tengan contacto con los servicios sociales, tribunales y autoridades de justicia de menores. Según mi experiencia, los profesionales que trabajan dentro de estos servicios, no suelen estar familiarizados con el TDAH y la probabilidad de que sea comórbido con el trastorno de conducta.

Por este motivo, lo más probable es que aborden estos casos con un diagnóstico de trastorno de conducta a secas y habrán perdido la oportunidad de diagnosticar y tratar el TDAH. Y si no tratan el TDAH, lo más probable es que estas personas no respondan bien a los programas de rehabilitación en los que participan.

Si se trata el TDAH, hay mayores posibilidades de que sean más receptivos a estas intervenciones, tanto psicosociales como de otra índole. Así que les pido que ayuden a educar a los compañeros que trabajan en estos servicios, sobre el TDAH y su frecuente comorbilidad con el trastorno de conducta, así como el hecho de que suele presentarse a una edad más joven que el Trastorno de Conducta y que incluso predispone al individuo al Trastorno de Conducta y a conductas antisociales. Por este motivo es necesario que se trate de forma específica, aparte de las intervenciones que pueda realizar los servicios sociales para tratar las conductas antisociales.

Se puede tratar el trastorno de conducta con medicamentos para el TDAH, como ocurre con el trastorno negativista.

Pero si se trata de un trastorno de conducta extremo, si hay estados de ánimo muy irritables y una propensión a episodios de furia explosiva, conductas destructivas y agresivas, les aconsejo que reevalúen estos casos para comprobar si se trata de un grave trastorno de estado de ánimo o incluso un trastorno bipolar.

Si estos trastornos adicionales están presentes, lo más probable es que haya que ampliar el tratamiento con otros medicamentos, además de los que se utilizan para el TDAH. Como he comentado anteriormente, puede ser necesario recetar medicamentos antipsicóticos atípicos, estabilizadores del estado de ánimo o fármacos antihipertensivos, como Guanfacina, para tratar al trastorno grave de estado de ánimo comórbido, además del tratamiento del TDAH.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD (10-40%)

Consideremos ahora qué ocurre, cuando hay un trastorno de ansiedad comórbido con el TDAH. Si los médicos clínicos no indagan en los niños sobre sus síntomas de ansiedad, los trastornos de este tipo, probablemente se terminen considerando como un trastorno oculto o sigiloso.

Los estudios realizados sugieren que los médicos pueden dejar de diagnosticar casi la mitad de los trastornos de ansiedad infantiles, si sólo entrevistan a los padres y no a los niños.

¿Quién mejor para comprender el estado anímico interno, que el mismo niño? Los estudios indican que el TDAH, puede crear una predisposición hacia los trastornos de ansiedad y esto puede explicar el hecho de que, hasta un 25% de los niños y de un 30 a un 35% de los adultos o más, pueden terminar desarrollando este tipo de trastorno, dentro del contexto del TDAH. Mi propio estudio longitudinal, sugiere que este riesgo aumenta si no se llega a tratar el TDAH. Es decir, cuanto mayor sea la persona con TDAH, es más probable que tenga también un trastorno de ansiedad, especialmente si nunca se ha recibido tratamiento para el TDAH.

Algunos de los síntomas de ansiedad, especialmente si son de baja intensidad, podrían ser simplemente una correlación de la regulación emocional deficiente, relacionada con el TDAH. En estos casos, en los que los síntomas de ansiedad son más leves, lo más probable es que surjan porque el individuo con TDAH simplemente no llega a procesar con normalidad las situaciones cotidianas, que pueden provocar ansiedad y que todos llegamos a experimentar a lo largo de la vida.

Como por ejemplo, tener que hacer una presentación en clase y hablar en público. Un niño con TDAH, probablemente tenga menos capacidad de abordar esta situación y como consecuencia podría manifestar más ansiedad, que una persona sin TDAH.

Puede que estos síntomas no lleguen al nivel de un trastorno de ansiedad diagnosticable, pero simplemente indican las dificultades que produce el TDAH, en cuanto al control de las emociones.

Si se trata el TDAH, es muy posible que mejoren estos síntomas de ansiedad, porque se habrán reducido los problemas con las funciones ejecutivas y su autorregulación deficiente, que causaban la dificultad al abordar estas situaciones que provocan ansiedad. De todos modos, el TDAH está relacionado con trastornos de ansiedad y el riesgo de este tipo de trastorno aumenta con la edad, como he comentado anteriormente.

En los casos en que se desarrollan trastornos de ansiedad, hay algunos estudios que sugieren que la pauta evolutiva del trastorno, puede ser bastante interesante. Los niños con TDAH que más adelante desarrollarán trastornos de ansiedad, tienen un porcentaje de fobias mucho más alto de lo habitual, durante los años preescolares. Son los que tienen también mayor probabilidad de experimentar ansiedad por separación cuando empiezan el colegio, y son más propensos a desarrollar trastornos de ansiedad social más adelante.

Eventualmente, al final de la infancia o al inicio de la adolescencia, llegan a desarrollar un claro trastorno de ansiedad generalizado.

Por tanto, es de esperar un aumento de la frecuencia de síntomas de ansiedad, fobias y otros trastornos de ansiedad, avanzando hasta el desarrollo de un trastorno de ansiedad generalizado.

El riesgo del desarrollo de un trastorno de ansiedad en los niños con TDAH, está más relacionado con el listado de síntomas de inatención que con los de hiperactividad-impulsividad, dentro de los criterios del TDAH. Se asocia también con una mayor presencia de acontecimientos conflictivos o estresantes, dentro del entorno familiar. Por tanto, los niños que provienen de entornos familiares muy estresantes o de sectores marginados de la sociedad, son los que tienen mayor probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad. Los niños con TDAH, con proporciones más altas de síntomas del espectro autista, o con un trastorno claro del espectro autista, así como trastornos crónicos de Tícs múltiples o Síndrome de Tourette, también tienen mayor probabilidad de sufrir ansiedad comórbida con el TDAH, porque estos otros trastornos en sí, tienen un mayor riesgo de

comorbilidad con trastornos de ansiedad.

Y por último, es posible que los niños ansiosos tengan más probabilidades de tener padres con un trastorno de ansiedad. Se sabe que un 40% de la variación en el grado de severidad de los síntomas de ansiedad en los niños, es debido a la mediación genética, con lo cual, es posible que los niños que demuestran un alto nivel de síntomas de ansiedad, sean hijos de padres que también experimentan un alto nivel de ansiedad.

Cuando existe una ansiedad comórbida, según algunos estudios, es probable que se reduzca el nivel de la impulsividad causada por el TDAH. Es un ejemplo interesante de una situación, en la que un segundo trastorno puede moderar o reducir el impacto del trastorno original. En estos casos de TDAH, se reduce la probabilidad de desinhibición o impulsividad, en comparación con los casos de TDAH sin esta comorbilidad.

EL PAPEL DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD PARENTALES

Como he comentado anteriormente, un niño con trastorno de ansiedad tiene mayor probabilidad de tener padres que también lo tienen. ¿Y si es así, qué ocurre? Como indico en esta diapositiva, las investigaciones sobre padres ansiosos señalan que la ansiedad parental afecta a la crianza de los hijos y lo hace de una forma muy particular. Para empezar, los padres ansiosos suelen emplear un nivel mucho más bajo de refuerzo positivo, de aprobación, de respeto y otros tipos de refuerzo con su hijo, en comparación con los padres que no tienen ansiedad. Los padres ansiosos tienden a estar más preocupados y demostrar una sobreprotección de sus hijos y de esta manera, limitar su autonomía.

Esta limitación de la autonomía, impide que el niño tenga la oportunidad de experimentar por sí mismo, la forma de abordar y dominar situaciones habituales que pueden causar ansiedad o estrés. El resultado puede ser un hijo que es menos autosuficiente, menos autónomo y menos capacitado para enfrentarse a los acontecimientos estresantes que encontrará a lo

largo de su vida. Los padres ansiosos, también tienen tendencia a proyectar su ansiedad en los hijos, que ya de por sí sienten ansiedad, y de esta manera, crear un modelo que aumenta el nivel de ansiedad en el hijo.

Los padres ansiosos, también tienen tendencia a mostrar un control excesivo sobre la conducta de su hijo y con su ansiedad, pueden llegar a alterar la percepción del niño, en cuanto a las amenazas que existen en su entorno.

La ansiedad de los padres puede mermar la percepción del niño, sobre su propia competencia y su capacidad de controlar acontecimientos amenazantes y enfrentarse a ellos con eficacia.

Esta actitud, reduce la oportunidad del hijo de experimentar, afrontar y negociar con éxito las amenazas en el entorno. Sea como sea, la ansiedad parental probablemente afectará a la crianza de los hijos y estos niños pueden tener dificultades para lograr la autosuficiencia y la autonomía.

EL IMPACTO DE LOS TRATAMIENTOS EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

¿Qué impacto tiene el trastorno de ansiedad comórbido con el TDAH, sobre nuestra manera de planificar el tratamiento? Para empezar, la presencia de síntomas de ansiedad, especialmente cuando se han desarrollado hace relativamente poco, debería indicar al médico clínico la necesidad de una evaluación más cuidadosa para considerar si el niño ha sufrido algún tipo de maltrato. Es posible que haya sufrido un abuso físico, emocional o sexual o que haya sido víctima de acoso escolar. Los estudios indican que los niños con TDAH, tienen mayor probabilidad de sufrir acoso por parte de sus compañeros.

A su vez, tienden a ser acosadores también y vacilan entre el papel de acosado o acosador. En ambos casos, tienen mayores posibilidades de sufrir una victimización. Un aumento rápido en los síntomas de ansiedad, especialmente síntomas psicósomáticos, podría indicar la existencia de una situación de victimización. Por tanto, les digo a los médicos clínicos, que deberían prestar una atención especial a la hora de elaborar el historial

médico del niño y de su familia, cuando existen síntomas de ansiedad de aparición relativamente reciente. Es una posible señal de victimización.

Curiosamente, la presencia de trastornos de ansiedad, aparentemente aumenta la respuesta positiva de los niños, a intervenciones psicosociales y conductuales.

El estudio MTA, entre otros, demuestra que la ansiedad es uno de los mejores indicadores de un pronóstico de respuesta positiva, a programas de tratamiento psicosocial. Así que la presencia de la ansiedad puede darnos un elemento de pronóstico sobre las posibilidades de éxito en la respuesta a diversos tratamientos, especialmente los tratamientos psicosociales, en comparación con el niño que no demuestra estos síntomas.

Los estudios demuestran también, que los niños ansiosos con TDAH son los que mejor responden al entrenamiento en habilidades sociales.

Los niños con TDAH no son especialmente receptivos a este tipo de entrenamiento, especialmente cuando se realiza en una clínica, separado de su grupo de habitual. Sin embargo, cuando el entrenamiento en habilidades sociales se realiza dentro del entorno escolar o en un marco, en el que los profesores y padres han podido participar, es posible conseguir alguna mejoría en las relaciones sociales de estos niños.

En mi opinión, estos casos en los que existe ansiedad, podrían ser más susceptibles al uso de Terapia Cognitiva Conductual, por lo menos respecto a su ansiedad, a pesar del hecho de que los estudios demuestran que la Terapia Cognitiva Conductual no funciona especialmente bien para los síntomas del TDAH. Así que, mientras muchos estudios indican que la Terapia Cognitiva Conductual no es útil para el tratamiento del TDAH, puede ayudar a estos niños a controlar su ansiedad.

Creo también que los médicos clínicos deberían ofrecer asesoramiento familiar para ayudar a las familias a comprender que la ansiedad de los padres puede empeorar la del niño e impedirle aprovechar las oportunidades para convertirse en una persona más autosuficiente e independiente y más capacitada para enfrentarse a los acontecimientos

estresantes, que pueden surgir a lo largo de su vida. Por tanto, los médicos clínicos deberían asesorar a los padres, acerca de estos temas y animar a los padres ansiosos a que permitan que sus hijos experimenten más oportunidades vitales y no les sobreprotejan.

Hay que recomendar a estos padres que aumenten el refuerzo positivo y la aprobación, y que reduzcan la sobreprotección de sus hijos. Con los padres ansiosos, hay muy poca necesidad de hablar de tácticas disciplinarias porque los estudios demuestran que estos padres no tienden a hacer un mal uso de la disciplina, pero son muy parcos en cuanto a refuerzo positivo. Creo por tanto que los médicos clínicos deberían dirigir sus esfuerzos a mejorar la cantidad de refuerzo positivo y aprobación y no a entrenar a estos padres ansiosos, sobre tácticas disciplinarias.

EL IMPACTO DE LA ANSIEDAD SOBRE EL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS

La comorbilidad de la ansiedad con el TDAH, parece influir en el tratamiento con medicamentos del TDAH, al contrario de lo que ocurre con los trastornos negativistas y de conducta, como ya he dicho anteriormente, la presencia de estos trastornos no interfieren en la buena respuesta a los medicamentos para el TDAH. Parece que hay pruebas, aunque algunas se contradicen, de que la presencia de la ansiedad interfiere con la respuesta a los medicamentos, por lo menos en ciertos casos. Es un tema relativamente complejo, así que lo voy a dividir en 4 temas más específicos, para que puedan comprender lo que sugieren los resultados de estos estudios.

Para empezar, nos preguntamos si los medicamentos estimulantes hacen que el TDAH empeore, cuando existe ansiedad comórbida. La respuesta es no. ¿Son menos efectivos a la hora de mejorar los síntomas del TDAH, si existe ansiedad comórbida? Aquí los resultados se contradicen.

Algunos estudios sugieren que los medicamentos no consiguen una mejoría tan completa, cuando el paciente tiene un trastorno de ansiedad

comórbida o, por lo general un alto índice de síntomas de interiorización. Por otro lado, otros estudios no han llegado a las mismas conclusiones y por tanto es discutible.

La próxima pregunta que deberíamos hacer, es si los medicamentos estimulantes empeoran la ansiedad cuando es comórbida con el TDAH. Aquí de nuevo la respuesta, es que es posible. Algunos estudios sugieren que la ansiedad aumenta con estos medicamentos. Se sabe que los estimulantes pueden aumentar síntomas nerviosos, manierismos, tics, etc. Pero otros estudios indican que no hay un aumento de ansiedad en estos casos, así que la respuesta es discutible.

Para terminar, la pregunta definitiva en mi opinión, es si los medicamentos estimulantes empeoran, algunas habilidades cognitivas en los casos de TDAH con trastorno de ansiedad comórbido. La respuesta parece ser, que es probable.

Las habilidades cognitivas a las que me refiero, son aspectos de la memoria de trabajo – la capacidad de mantener en la mente la información que el individuo utiliza, para guiar su conducta hacia un objetivo. También parece estar relacionada con la capacidad de manipular mentalmente la información necesaria para resolver problemas.

Los estudios sugieren, que tratar con medicamentos estimulantes a los niños con ansiedad comórbida con el TDAH, empeora su capacidad de utilizar la memoria de trabajo para resolver tareas, y en el pie de esta diapositiva figuran las fuentes de esta información. Por tanto, este tema tiene muchos más matices de lo que podría parecer inicialmente. Parece que hay indicios, de que el uso de estimulantes para tratar el TDAH, puede empeorar aspectos del caso clínico, especialmente la memoria de trabajo. Estos medicamentos podrían también empeorar la ansiedad en algunos casos, pero en otros no. Desde luego no parece empeorar el TDAH en ningún caso.

MÁS ACERCA EL IMPACTO DE LA ANSIEDAD SOBRE EL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS

En los casos de TDAH donde existe ansiedad, quizás sea buena idea utilizar un medicamento que no contenga estimulantes, ya que los que nos llevan estimulantes, no empeoran la ansiedad en estos casos comórbidos. Los medicamentos a los que me refiero son Atomoxetina, o Guanfazina XR. Ambos fueron aprobados por la FDA para el tratamiento del TDAH. La FDA, es el órgano gubernamental encargado de vigilar la seguridad de la alimentación y los medicamentos.

Las líneas directrices internacionales, como las de la Academia Americana o Canadiense para la Psiquiatría Infantil y Adolescente, sugieren que en estos casos, el uso de medicamentos no estimulantes puede ser nuestra primera elección, a la hora de tratar el TDAH.

Es decir, que cuando existe el TDAH con un trastorno de ansiedad comórbido, podría ser mejor iniciar el tratamiento con un medicamento no estimulante, porque parece que las posibilidades de empeoramiento de la ansiedad son mínimas o nulas.

De hecho, algunos estudios realizados con niños y adultos, indican que la Atomoxetina trata la ansiedad cuando es comórbida con el TDAH. Por tanto, un solo fármaco podría ser suficiente para tratar, tanto el TDAH como la ansiedad comórbida. Y aunque no lo fuera, se podría combinar la Atomoxetina o la Guanfancina con el medicamento estimulante y en este caso, utilizar una dosis menor del estimulante que la habitual. De esta manera, podríamos tratar algunos de los problemas que podría provocar el estimulante.

DEPRESIÓN GRAVE (0-45%)

En algunos casos, el TDAH coexiste con una depresión grave. En mi propio estudio de investigación, aproximadamente un 27% de los niños a los que realicé un seguimiento hasta la edad adulta, desarrollaron una depresión al

final de la adolescencia o al inicio de la edad adulta. Esta cifra es parecida a los resultados de otros estudios sobre el tema. Un promedio de aproximadamente un 25% de los niños con TDAH desarrollan una depresión grave, pero este porcentaje aumenta ligeramente, a partir de los 30 años.

¿Cuál es el origen de este solapamiento de trastornos? Una posibilidad, es la genética compartida. Es decir, que los genes de riesgo para el TDAH podrían ser también genes de riesgo para la depresión grave. Una revisión de la bibliografía sugiere que en las familias con mayor presencia de depresión grave, también hay un porcentaje más elevado de TDAH entre familiares y viceversa, especialmente cuando existe trastorno de conducta en la familia. Por tanto, podría tratarse de una predisposición genética a la depresión en las personas con TDAH, especialmente el TDAH de origen genético.

Los genes solo indican o crean una vulnerabilidad al trastorno de depresión grave, no la causa directa de la misma. Se sabe también, que otro factor es la exposición al estrés emocional, trauma físico o emocional, un entorno social desfavorecido u otros acontecimientos importantes, estresantes en la vida diaria. La interacción de esta vulnerabilidad genética a la depresión, con el conflicto o angustia en el entorno, tiene muchas probabilidades de causar una depresión grave en toda regla.

Este hecho, puede ayudar a explicar, por qué sólo un subconjunto de niños con TDAH terminan desarrollando una depresión, aunque sean genéticamente vulnerables a ella – la mayoría de los niños con TDAH no están expuestos al tipo de entorno conflictivo, traumático o angustiante que contribuye a que surja la depresión.

Como he indicado anteriormente, los niños que tienen trastorno negativista o trastorno de conducta, tienen mayor riesgo de desarrollar una depresión, porque los aspectos de desregulación emocional del TDAH contribuyen al riesgo de trastorno negativista. Este mismo componente de desregulación emocional, es también factor de riesgo en la depresión y la ansiedad. Así que, cuanto más significativa es la desregulación emocional en el niño con

TDAH, mayor probabilidad de que sea vulnerable a la depresión, especialmente si está en un entorno angustiante o traumático.

Se dice frecuentemente, que los niños con TDAH tienen muchas probabilidades de tener la autoestima baja, con el razonamiento de que el TDAH predispone a estos niños a fracasar repetidamente en diversas actividades importantes de la vida diaria, como por ejemplo, la relación con los compañeros o en el centro escolar. Según esta teoría, estos fracasos terminan produciendo un bajo nivel de autoestima. Los estudios demuestran, al contrario, que esto no suele ser lo habitual. De hecho, los niños y adultos con TDAH parecen mostrar una visión positiva ilusoria sobre sus capacidades. Es decir, perciben que funcionan mejor en ciertos entornos o realizan ciertas tareas mejor de lo que realmente lo hacen.

No quiero decir con esto, que sean grandiosos ni que sean maníacos – no sobreestiman su capacidad, de la manera que lo haría una persona maníaca.

Lo que observamos es que las personas con TDAH, dicen lo mismo que dice el resto de la gente. Todos tenemos una tendencia a vernos con una capacidad normal, o un poco mejor de lo normal, en cuanto a la hora de realizar muchas actividades. Las personas con TDAH dicen lo mismo, pero cuando examinamos su rendimiento real en esas circunstancias, lo más probable es que sea bajo. Por tanto, el problema no es que hagan una sobrevaloración exagerada de sus capacidades, si no que no perciben el grado de sus deficiencias.

Los estudios demuestran, que el subconjunto de niños con TDAH que pueden tener una autoestima baja, son los que tienen predisposición a la depresión y mayor probabilidad de desarrollarla.

Por tanto, la autoestima baja en un niño con TDAH se debería considerar como un marcador de susceptibilidad a la depresión, y no se debería restar importancia, considerándola simplemente el resultado de los fracasos que el individuo pueda haber experimentado en su infancia, como consecuencia del TDAH.

Mis compañeros y yo hemos notado, desde luego, que con el paso del tiempo, al llegar a la adolescencia y a la edad adulta, los adultos con TDAH suelen sentirse bastante desmoralizados. Pero la desmoralización es distinta a la depresión. Estos individuos, informan que se sienten menos capacitados en comparación con otras personas, para cumplir los objetivos que se habían marcado. Esta sensación es distinta a sufrir una depresión grave con signos neurovegetativos, intenciones suicidas, etc.

Así que, vamos a distinguir entre la desmoralización, que puede surgir en la edad adulta fruto de una serie de fracasos relacionados con el TDAH y una franca depresión grave.

Cuando se desarrolla una depresión de este tipo, su inicio es frecuentemente posterior al inicio del TDAH. En mi estudio de seguimiento, cuyos resultados coinciden con los de otros estudios sobre la depresión grave, la depresión no se inicia hasta la adolescencia, o más tarde.

Por tanto, si se va a desarrollar, lo más probable es que lo haga durante los años adolescentes o al inicio de la edad adulta. Durante la infancia, lo que podemos observar es simplemente una tendencia hacia una auto-estima baja.

Observen que en los adultos con TDAH, la depresión grave está relacionada con la presencia o un mayor riesgo de Trastorno de Ansiedad Generalizado y con la fobia social. Esto es muy comprensible, ya que se sabe que existe una alta correlación entre la depresión y la ansiedad.

Quiere decir, que si un adulto tiene uno de estos trastornos de interiorización, lo más probable es que tengan el otro también.

Pero observen también, que algunos estudios muestran, que cuando un adulto con TDAH tiene depresión grave por algún motivo, tienen un menor riesgo de desarrollar trastornos de drogodependencia.

Estas personas tienen un número menor de acciones disciplinarias en el centro escolar y menor probabilidad de repetición de curso. No me queda muy claro por qué la depresión reduce este riesgo, pero creo que podría estar relacionado con la conexión que ya he comentado, entre la depresión y la ansiedad. Como he dicho anteriormente, la ansiedad contribuye a

disminuir la impulsividad característica del TDAH y es posible que reduzca el riesgo de experimentación y abuso de drogas y de conducta conflictiva en el centro escolar, y por tanto, de tener que repetir el curso. Así que en mi opinión, es más probable que sea la ansiedad la que influye sobre estos resultados y no la depresión en sí.

MÁS SOBRE EL IMPACTO DEL TRASTORNO DEPRESIÓN GRAVE

Lo que he comentado sobre la ansiedad, se puede aplicar también a la depresión. Existe una contribución genética a estos trastornos, quizás no sea tan grande como en el caso del TDAH, pero desde luego hay por lo menos cierto grado de variación genética en la población, en cuanto a la depresión y la ansiedad.

De hecho, los estudios sugieren que por lo menos un 40% de la variación en la severidad de la depresión, parece tener un origen genético. ¿Qué importancia tiene este dato para el tratamiento? Para empezar, en los casos de TDAH con depresión comórbida tenemos que investigar en la generación previa, para ver si uno de los padres de este niño con TDAH sufre depresión, algo que es más probable si el niño la tiene. ¿Qué significa si el padre tiene depresión?

Numerosos estudios demuestran, que la depresión parental tiene un efecto tremendamente negativo sobre la crianza de los hijos, tal como pueden observar aquí.

Los padres con depresión, muestran un estilo de crianza menos positivo, menos afectuoso, con mayor irritabilidad y niveles más altos de expresión emocional, en forma de gritos, chillidos, enfado y hostilidad dirigidos a sus hijos.

Su uso de tácticas disciplinarias es más imprevisible, muestran actitudes de rechazo y menos monotonización hacia sus hijos, en comparación con padres que no sufren depresión. Obviamente el médico clínico debería realizar una revisión de los padres, cuando su hijo es diagnosticado con

depresión, para descartar la depresión parental, ya que se sabe el efecto negativo que puede tener en la crianza de los hijos. Todos estos factores presentes en los padres con depresión, son factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno negativista en el hijo.

Recuerden que he comentado anteriormente, que uno de los factores para el TND, es la crianza inconsistente, y está claro que una depresión parental grave, puede influir negativamente sobre la crianza del hijo, de tal manera que predisponga al niño a la adquisición del aspecto de conflicto social del TND.

La depresión grave parental, también se ha relacionado directamente con el riesgo de TND infantil, y se puede deber en parte, a una conexión genética. Los padres con depresión tienen mayores probabilidades de tener TDAH. Asimismo, los adultos con TDAH, tienen mucha probabilidad de tener hijos con TDAH y TND, así que puede haber una conexión genética aquí también, especialmente considerando la desregulación emocional que comparten estos trastornos. Está claro, que trastornos de conducta conflictiva por parte de los padres, aumentan el riesgo de que desarrollen también una depresión grave. Estos factores, a su vez, aumentan el riesgo del hijo para el TDAH, el trastorno de conducta, de ansiedad e incluso manía.

Tal como he comentado en relación con la ansiedad, si los síntomas de la depresión se han desarrollado con bastante rapidez, es necesario evaluar al niño para detectar si hay señales de victimización, que podría tener su origen en un acoso escolar o la exposición del niño a un abuso emocional, físico o sexual. Es una advertencia a los médicos clínicos para que cuando surge una ansiedad depresiva en un niño con relativa rapidez, estén atentos para comprobar si habría que sospechar de una posible victimización del niño en su entorno.

La presencia de una depresión grave, aumenta también el riesgo de ideación suicida e intentos de suicidio, como Uds. sabrán. De hecho, la ideación suicida es 4 veces mayor en personas con TDAH y depresión grave comórbida, que en personas que sólo tienen TDAH.

La probabilidad de intento de suicidio, es dos veces mayor para estas personas, que para las que sólo tienen TDAH. Lo que significa que el TDAH en sí, aumenta las tendencias suicidas, y cuando existe una depresión comórbida, los riesgos son aún mayores.

SUICIDALIDAD EN LA INFANCIA

Si examinamos algunas estadísticas recientes de varios estudios, podemos comprender mejor la relación entre el TDAH y las tendencias suicidas. Durante muchos años, se creía que el TDAH no estaba relacionado con un mayor riesgo de intenciones o intentos suicidas – lo que llamamos “suicidalidad”, en este curso. Por tanto, los estudios prestaban muy poca atención a este riesgo comórbido.

Pero entonces, se empezó a comentar que varios medicamentos utilizados para tratar el TDAH, aumentaban el riesgo de ideación suicida en los niños con el trastorno y que recibían tratamiento con estos fármacos.

Los investigadores empezaron a preguntarse, cómo se llegaba a esta conclusión cuando había pocos datos, o ninguno con suficiente base, sobre las tendencias suicidas en niños con TDAH. Sin estos datos de tipo básico ¿cómo se podría saber si los medicamentos aumentaban estos riesgos o no?

Así que, se realizaron varios estudios. Uno de ellos, se presenta en esta diapositiva. Son los resultados de un estudio que hizo mi compañero y amigo Russell Schacher, en el Hospital Infantil de Toronto, Canadá. El estudio no se ha publicado todavía, pero ha compartido los resultados conmigo para que yo pudiera compartirlos con Uds., en esta conferencia. Schacher está realizando un estudio de seguimiento, (un estudio longitudinal) con niños con TDAH. Cuando estas estadísticas fueron recogidas, los niños participantes tenían entre 8 y 14 años.

Fíjense en la siguiente línea: encontró que aproximadamente un 6,3% de sus casos de TDAH, habían pensado en el suicidio

Pueden observar, que sólo 1 de cada 8 de estas personas, intentaron suicidarse.

Sus intentos fueron algo superficiales y estas personas no recibieron tratamiento al respecto. Otro participante, intentó suicidarse más de una vez y recibió tratamiento, lo cual nos da a entender la seriedad del intento. De hecho, hizo 5 intentos de autolesionarse. Pero donde quiero llegar con esto, es que sólo un 6% de los niños con TDAH piensan seriamente en el suicidio – una cifra que es, el doble de la del grupo de control. Aproximadamente un 3% de los niños del grupo de control, habían pensado alguna vez en el suicidio.

Lo que sí observó Russell Schacher, es que 10 de los adolescentes se habían auto-lesionado intencionadamente, aunque se limitaba a hacerse cortes del tipo relacionado con el trastorno límite de personalidad.

Cinco de estas personas habían pensado en un intento de suicidio, pero de todos modos, parece que el porcentaje de niños con TDAH que tienen ideación suicida o intentan suicidarse, es bajo.

SUICIDALIDAD EN ADOLESCENTES Y ADULTOS

Se sabe que en la población general, dentro del ciclo vital, los años más susceptibles al suicidio suelen ser los de la adolescencia. Incluso los estudios llevados a cabo por el Centro de Control de Enfermedades, muestran que entre un 20% y un 25% de la población general de adolescentes, informan haber pensado en el suicidio durante la educación secundaria. Lo investigué también en el Estudio Longitudinal de Milwaukee, cuyos resultados pueden ver aquí. Encontramos que durante la adolescencia, específicamente durante la educación secundaria, aproximadamente un tercio de nuestros adolescentes dijeron que habían pensado en el suicidio, durante su educación secundaria. Eran adolescentes con TDAH. Esta proporción es aproximadamente un 50% mayor, que el 22% de la población general adolescente, que seguimos dentro del grupo de

control, sobre la ideación suicida. Pero tal como pueden observar aquí, incluso en la población general, el porcentaje de ideación suicida es bastante alto. En la siguiente línea, podemos ver cuantos individuos llegaron a intentar suicidarse después de haberlo pensado. Es aquí donde podemos observar que el TDAH empieza a ejercer un efecto. El número de adolescentes con TDAH, que llegaron a intentar suicidarse después de pensar en el suicidio, fue 5 veces mayor que en la población general, en el que el riesgo fue sólo de un 3%.

Puede ser, que la impulsividad relacionada con el TDAH aumente el riesgo de intento de suicidio, después de haber tenido ideas suicidas.

Observen que a juzgar por la necesidad de hospitalización, estos intentos fueron marcadamente más serios, que los intentos realizados por personas en el grupo de control.

Seguimos a estos adolescentes, hasta llegar a la edad adulta y cuando tenían 27 años les preguntamos de nuevo, sobre las ideas suicidas o intentos de suicidio. Vimos que el riesgo había bajado en cierto grado. Pueden observar aquí que a los 27 años, una cuarta parte de nuestro grupo había pensado en el suicidio, en comparación con sólo un 12% en el grupo de control. Por tanto, el número de personas con ideación suicida, va disminuyendo. Al igual que el porcentaje de personas que intentan suicidarse. El riesgo sigue bajando: sólo un 6% de nuestros adultos que habían pensado en el suicidio, lo habían intentado.

Es una buena noticia porque sugiere que con la edad, después de terminar el instituto, bajan los indicios de suicidio. El riesgo se sigue manteniendo más alto en el grupo de adultos con TDAH, que en el grupo de control, pero el riesgo en sí va bajando. Como he comentado anteriormente, el riesgo de suicidio está relacionado directamente con la depresión grave, en el grupo de muestra de nuestro estudio.

Pero también estaba relacionado, hasta cierto punto, con haber desarrollado un trastorno de conducta antes de los 15 años y con la severidad de los síntomas de TDAH del individuo.

Por tanto, el riesgo de suicidio no se podría explicar simplemente por la presencia de una depresión comórbida. Los tres trastornos conjuntamente, como pueden observar aquí, contribuyeron al riesgo de ideación suicida e intentos de suicidio. Como he comentado anteriormente, en los casos en los que existe una suicidalidad, igual que ocurre con la ansiedad y la depresión, es aconsejable evaluar la posibilidad de victimización en el historial reciente del adolescente.

EL IMPACTO DEL TRATAMIENTO EN EL TRASTORNO DE DEPRESIÓN GRAVE (TDG)

¿Cuál es el impacto de una depresión grave en la planificación del tratamiento, cuando existe en comorbilidad con el TDAH? En estos casos, creo que se debería tratar primero el trastorno que tiene el impacto más negativo, porque es probable que el tratamiento de un trastorno no ayude a reducir el otro, y viceversa. Por tanto, si el TDAH es el trastorno principal, se trataría primero el TDAH con un medicamento específico para ello, ya que los síntomas del TDAH son más graves y despacitantes, que los síntomas de una depresión, en casos en los que la depresión que existe sea relativamente leve, por ejemplo una distimia o desmoralización, donde no se observa una discapacidad funcional, como resultado de estos síntomas depresivos.

La depresión es leve, si no hay signos de alteración neuro-vegetativa – por ejemplo, trastornos de sueño o de la alimentación, hedonia o la incapacidad de sentir placer, etc. En los casos en los que estos síntomas son leves o inexistentes, lo más probable es que se trate de una depresión leve o que no hay depresión.

Por tanto, uno debería tratar el TDAH primero y observar para ver si resulta necesario tratar algunos síntomas depresivos residuales, una vez que se ha logrado tratar el TDAH. Si resulta que la depresión es en realidad una desmoralización, debido a los fracasos causados por el TDAH, lo más probable es que mejore en la medida en que el tratamiento del TDAH

ayude al paciente a ser más efectivo y tener mayor éxito en sus principales actividades de la vida diaria.

Por otro lado, en los casos en los que la depresión es el trastorno de presentación más severa, con signos neurovegetativos o efectos negativos para la salud, especialmente ideación suicida o intentos de suicidio, y donde los síntomas del TDAH son relativamente leves en comparación con los de la depresión o se han iniciado más tarde, entonces es necesario tratar la depresión primero.

Un historial que indica claramente que la depresión no respondió al tratamiento con los medicamentos para el TDAH, sería otro indicador de la necesidad de tratar la depresión de forma separada.

MÁS SOBRE EL IMPACTO EN EL TDG

Al final lo más probable es que se termine utilizando la polifarmacia. Es decir, que lo más probable es que se utilicen medicamentos específicos para el TDAH, para tratar este trastorno y luego medicamentos anti-depresivos, como los ISRS, para tratar la depresión. Con lo cual, no es inusual emplear ambos tipos de medicamentos, en el tratamiento de estos casos comórbidos. En estos casos, puede incluso ser útil emplear la terapia cognitiva-conductual para tratar la depresión grave, aunque se ha visto que este tipo de terapia no es especialmente útil para el tratamiento del TDAH infantil. Les recuerdo algo que comenté anteriormente en esta presentación y en otras que he impartido en esta página web. La terapia cognitiva-conductual no es efectiva para tratar el TDAH en niños y adolescentes, cuando el objetivo del tratamiento es el TDAH.

Existen numerosos estudios que demuestran, que la TCC no funciona para tratar el TDAH en estas edades y no se debería intentar.

Por otro lado, los estudios demuestran que la TCC puede funcionar para ayudar a los adultos con TDAH, a manejar sus síntomas y aumentar el efecto positivo del tratamiento con medicamentos, especialmente cuando

la terapia se centra en las habilidades asociadas con las funciones ejecutivas. En otros cursos que imparto en esta página web, pueden encontrar más información sobre el TDAH y sus consecuencias para los adultos, o sobre el asesoramiento para padres de los niños con TDAH y los tratamientos disponibles.

Por otro lado, la Terapia Cognitivo Conductual es muy útil para tratar la depresión, cuando los síntomas depresivos son el objetivo del tratamiento. Así que sugiero, que independientemente de la edad del paciente con TDAH, sería interesante considerar la posibilidad de emplear esta terapia para tratar, en este caso, los aspectos depresivos, y no para tratar los aspectos relacionados con el TDAH. Dejen que les recuerde de nuevo, que si un niño con TDAH tiene depresión, es aconsejable evaluar a los padres cara a una posible depresión parental. Y sería importante trabajar con estos padres para evitar que sus propios síntomas depresivos induzcan una depresión en el hijo y también porque la depresión parental puede tener un efecto adverso sobre su capacidad de criarlo. Así que, en los casos en los que hay depresión parental, será necesario tratarla por separado y probablemente antes de iniciar un programa de entrenamiento familiar para manejar las conductas del hijo.

Y cuando se empieza un programa de entrenamiento de manejo de conductas o entrenamiento parental, recomiendo que se evite inicialmente, el entrenamiento de tácticas punitivas, porque los padres con depresión probablemente están empleando o incluso abusando de las tácticas disciplinarias con sus hijos. Sugiero que cuando se trabaja con un padre o una madre con depresión, se aborde el tema de las tácticas disciplinarias muy paulatinamente y que el enfoque sea el uso de la aprobación, el reconocimiento positivo, la alabanza, el respeto y el aumento del uso del refuerzo positivo, en el entorno familiar. Una vez iniciada la terapia, cuando se haya mitigado la depresión en el hijo, se pueden introducir tácticas muy leves para una disciplina razonable. Según mi experiencia, los niños con depresión pueden encontrar las

tácticas disciplinarias desmoralizantes, y un motivo para la baja autoestima, que simplemente refuerza y exacerba sus esquemas cognitivos depresivos. Por lo tanto, cuando existe depresión infantil, esperen para emplear tácticas disciplinarias y concéntrense en aumentar el refuerzo positivo, con la introducción posterior de mecanismos leves de disciplina razonable.

TRASTORNO BIPOLAR INFANTIL – TBPI (2-6%)

Hablemos ahora del solapamiento del TDAH con trastorno bipolar comórbido. Este es un tema muy polémico. En mi opinión, es probable que el trastorno bipolar infantil no tenga mayor presencia en los niños con TDAH, que en la tasa base de la población infantil general. Esa tasa base es entre un 2% y un 6%, y es aproximadamente la misma que encontramos en los niños con TDAH, a los que hemos realizado un seguimiento hasta la edad adulta.

Pero examinemos esta polémica, con algo más de detalle para ver cómo se podría haber iniciado. Inicialmente los estudios sugirieron, que el TDAH podría solaparse con el trastorno bipolar infantil hasta en un 27% de todos los casos derivados a clínica – es decir, que aproximadamente 1 de cada 4 niños con TDAH, podría tener un trastorno bipolar. Este resultado es bastante notable y estudios posteriores que intentaron investigar esta relación, no llegaron a las mismas conclusiones.

Al contrario, encontraron que entre un 5% y un 8% de los niños con TDAH, tenían trastorno bipolar. En mi estudio longitudinal el resultado fue, de entre un 2% y un 3%.

Pero tengamos en cuenta que la proporción base de TDAH en la población general, es aproximadamente de un 5% a un 8%, y la proporción base de trastorno bipolar en la población, es entre un 1% y un 2%.

¿Hay proporciones más altas entre los casos de TDAH? Aparentemente no. Los estudios longitudinales indican que aproximadamente un 2% de las personas con TDAH como trastorno inicial, terminan desarrollando un trastorno bipolar.

¿Cómo se inició esta polémica? ¿Por qué se encontró una proporción tan alta de trastorno bipolar, en algunos de los estudios de los niños con TDAH? Bueno, depende de la perspectiva desde la cual se considera el trastorno bipolar, la de un fenotipo limitado o la del fenotipo ampliado.

Déjenme que se lo explique. En el caso del fenotipo limitado, tienen que estar presentes todos los síntomas del trastorno bipolar, tanto la manía, la depresión y los cambios cíclicos entre las dos, para que se diagnostique la bipolaridad. A eso le llamamos el fenotipo limitado o tradicional.

El fenotipo ampliado surgió porque en el DSM-IV la irritabilidad podría ser el único síntoma presente. Para los niños no hacía falta la presencia ni de la manía, ni de la oscilación, ni los cambios cíclicos entre la depresión y la manía, y podría existir un curso crónico. Esta ampliación de los criterios para la bipolaridad en el DSM-IV, en la que la irritabilidad por sí sola podría sustituir a la manía, llevó a una visión más amplia del trastorno bipolar, lo que llamamos actualmente el fenotipo ampliado, en el que no es necesario la presencia de la manía, la grandiosidad, la vacilación cíclica y la bipolaridad.

Por tanto en mi opinión el DSM-IV es responsable de este problema, porque permite sustituir la irritabilidad por la manía, en los casos infantiles. En esta situación casos graves de trastorno negativista con TDAH, podrían considerarse como trastorno bipolar, por el mero hecho de ser oposicionista.

Además, podrían surgir casos de diagnósticos erróneos, a causa del solapamiento de la desregulación emocional, característica del TDAH con la desregulación emocional del trastorno negativista, y del hecho de que la irritabilidad es una característica en ambos trastornos, especialmente cuando existe comorbilidad.

Por tanto, podría tratarse simplemente de un diagnóstico erróneo de trastorno bipolar, cuando lo que realmente hay es un caso de TDAH con TND comórbido. Recuerden, que según el DSM-IV, para diagnosticar niños con trastorno bipolar, no son necesarios períodos de remisión ni vacilación

entre los polos anímicos opuestos, y por tanto, con la ausencia de estos criterios, se podría diagnosticar un mayor número de casos con trastorno bipolar.

Los estudios demuestran ahora, que estos problemas existían de hecho en la bibliografía.

Por tanto, lo más probable es que en el DSM-V, el diagnóstico de trastorno bipolar se limite a los casos que demuestran una combinación de manía, vacilación cíclica entre manía y depresión y otros síntomas maníacos como: grandiosidad, hipersexualidad, necesidad reducida de sueño, etc., dónde los cambios cíclicos tienen que estar presentes. Por tanto, si las indicaciones son ciertas, en el DSM-V se volverá al fenotipo limitado, para diagnosticar el trastorno bipolar. Los individuos que sólo tienen irritabilidad, probablemente se diagnosticarán con otro trastorno, quizás un trastorno grave del estado de ánimo o un trastorno explosivo intermitente. Y finalmente, otro motivo del solapamiento de trastornos que llevó a un porcentaje inflado del trastorno bipolar en personas con TDAH, es porque algunos de los síntomas del TDAH figuran de hecho, en el listado de síntomas de bipolaridad. La facilidad para distraerse, la hiperactividad e impulsividad, por ejemplo, están en la lista de síntomas de bipolaridad, así que si una persona tiene TDAH, automáticamente tiene 3 de los síntomas del trastorno bipolar, casi un número suficiente para tener una bipolaridad diagnosticable, sólo con los síntomas del TDAH.

Yo les sugiero, que en los casos donde existe el TDAH, no incluyan los síntomas del TDAH a la hora de determinar el número de síntomas de bipolaridad. Exclúyalos, y entonces si el número de síntomas bipolares que tiene el individuo resulta suficiente para pasar el umbral de diagnóstico de trastorno bipolar, desde luego, habría que diagnosticar un trastorno bipolar. Pero lo que digo, es que a la hora de diagnosticar una bipolaridad, que se fijen en el aspecto emocional, los síntomas de estado de ánimo, etc., y no en los síntomas propios del TDAH. Así que en el DSM-V, el fenotipo ampliado, en el que sólo está presente la irritabilidad, probablemente

pasará a llamarse trastorno de estado de ánimo grave, o trastorno de enfado explosivo. No se va a llamar trastorno bipolar y a mí me parece acertado.

En el caso del fenotipo limitado de trastorno bipolar, el solapamiento con el TDAH representa, en mi opinión, una comorbilidad de vía única.

Con “vía única”, lo que quiero decir es que, si un individuo tiene TDAH no tiene mayor probabilidad de desarrollar un trastorno bipolar de fenotipo limitado. Como pueden observar al pie de la diapositiva, si nos guiamos por el fenotipo limitado, sólo entre un 2 y un 6% de los niños con TDAH, habrán desarrollado un trastorno bipolar, antes de llegar a la edad adulta.

Pero fíjense por otro lado, que si se ha desarrollado este fenotipo limitado del trastorno bipolar, el TDAH bien podría ser una comorbilidad con fenotipo limitado. Dependerá de la edad del inicio de la bipolaridad. Según los estudios, si se desarrolla el trastorno bipolar en la edad adulta, el solapamiento con el TDAH adulto es entre un 15 y un 20%, por tanto, aproximadamente 1 de cada 5 casos de bipolaridad con inicio en la edad adulta, también tiene TDAH.

Sigue siendo una proporción mayor, que la del TDAH en la población, pero no constituye un riesgo enorme de comorbilidad.

Por otro lado, si el trastorno bipolar se inicia en la adolescencia, el riesgo de desarrollar el TDAH se duplica, llegando a entre un 40% y un 50%. Y si el trastorno bipolar se inicia en la infancia, o antes de los 10 o 12 años, casi todos tendrán un TDAH comórbido.

Fíjense que entre un 80% y un 97% de los casos de bipolaridad con inicio infantil, tenían comorbilidad con el TDAH. Entonces para resumir, el trastorno bipolar puede predisponer al TDAH comórbido y el riesgo de esta comorbilidad depende de la edad de inicio del trastorno bipolar. Cuanto más temprano es el inicio de la bipolaridad, mayor es el riesgo de desarrollar un TDAH comórbido. Pero funciona a la inversa, es decir que tener TDAH no predispone a tener un trastorno bipolar.

MÁS SOBRE EL TRASTORNO BIPOLAR (TBP)

Examinemos los factores de riesgo, que podrían ayudar al médico clínico a la hora de diferenciar el trastorno bipolar del TDAH. Para empezar, como ya hemos dicho, no existe un riesgo elevado de bipolaridad en el TDAH. Por tanto, si el niño sólo tiene TDAH y no hay trastorno bipolar en el historial médico familiar, es poco probable que el niño tenga un riesgo de desarrollar una bipolaridad en el futuro. Por otro lado, cuando un niño ha desarrollado un trastorno bipolar en la infancia, sus familiares corren un riesgo de 7 a 8 veces mayor de tener un trastorno bipolar, que si el niño tuviera TDAH o si se hubiera desarrollado el trastorno bipolar en la edad adulta.

Para resumir, un historial familiar con trastorno bipolar es una de las mejores señales diferenciadoras para el diagnóstico, o uno de los factores de riesgo más claros, para pronosticar el riesgo de desarrollar un trastorno bipolar. El trastorno bipolar parental, está relacionado con un riesgo 8 veces mayor de que sus hijos desarrollen TDAH y síntomas de trastorno de estado de ánimo o manía.

Tengan en cuenta que el trastorno bipolar probablemente, no se desarrolle plenamente hasta el final de la infancia o el inicio de la adolescencia, por tanto, puede ser que sólo se presenten algunos síntomas de estado de ánimo o manía, durante la infancia.

Los estudios por neuroimágenes, también indican que se tratan de dos trastornos distintos y no un solo fenotipo. Los estudios muestran, que el núcleo caudado en los ganglios basales, está implicado en ambos trastornos, pero según cual sea el trastorno, los resultados son opuestos. En el TDAH, el núcleo caudado es más pequeño, especialmente en el lado derecho del cerebro.

En el trastorno bipolar, el núcleo caudado es más grande. En el TDAH, la cingulada anterior es hipofuncionante, especialmente en su aspecto dorsal. En las personas con trastorno bipolar ocurre lo contrario: la zona de la cingulada anterior, que está implicada es la subgenual ventral es más activa

en estas personas. Podemos decir entonces, que algunos estudios de neuroimágenes sugieren, que las zonas cerebrales implicadas en estos trastornos son distintas y cuando se solapan los resultados son opuestos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL RESPECTO AL TDAH

Esta diapositiva muestra simplemente, que incluso los niños más pequeños pueden tener síntomas bipolares, síntomas de bipolaridad de fenotipo limitado, tradicional. También señala que los médicos clínicos deberían concentrarse en los aspectos de los síntomas de bipolaridad relacionados con el estado de ánimo y con el pensamiento, entre otros, e ignorar los síntomas de TDAH, a la hora de intentar distinguir entre los dos trastornos. Aquí vemos un estudio de niños en la edad preescolar, que compara los niños con trastorno bipolar, con niños con TDAH y trastorno negativistas, conocidos como “los conflictivos”.

Pueden ver que ambos grupos mostraban irritabilidad. Si miran más abajo en la diapositiva, en la línea que indica “más activos”, verán que muchos de los niños de ambos grupos, eran hiperactivos. De hecho, los niños bipolares estaban incluso más activos que los niños con TDAH. Se sabe también que la facilidad para distraerse y la impulsividad, son iguales en los dos grupos.

Por tanto, no presten atención a estos síntomas y fíjense en los síntomas tradicionales de bipolaridad. Fíjense, por ejemplo, en síntomas como grandiosidad, un habla excesivamente apresurada, pensamientos atropellados (rápidos e inconexos), la fuga de ideas, una menor necesidad de sueño, etc.

Observen que estos síntomas son notablemente más comunes en el grupo bipolar, que en el grupo de “los conflictivos”. A la hora de intentar comprender o diferenciar la bipolaridad del TDAH, el médico clínico debería concentrarse en estos síntomas.

Observen también aquí, que la hipersexualidad fue notablemente más común en los niños bipolares, que en los niños con TDAH.

Para resumir, el trastorno bipolar puede surgir en los niños, incluso los de edad preescolar, pero para diferenciarlo del TDAH hay que concentrarse en los síntomas relacionados con el estado de ánimo, los pensamientos y la hipersexualidad, y no en los síntomas del TDAH.

DÉFICIT DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS EN TBP Y TDAH

En esta diapositiva tenemos los resultados de un estudio publicado por Walshaw, hace un año. Compara los resultados de las medidas de las funciones ejecutivas, entre personas con TDAH y personas con trastorno bipolar. Concuera con lo que comentamos anteriormente, en relación con los estudios por neuroimágenes que estos trastornos no comparten un mismo fenotipo, sino que son trastornos distintos.

La barra negra, representa el trastorno bipolar y aquí a la izquierda vemos los resultados de la planificación de tareas. Fíjense que los individuos con trastorno bipolar tenían un grado de disfunción marcadamente mayor, que los individuos con TDAH. Los individuos con TDAH, al contrario, tenían mayores dificultades con la memoria de trabajo – aquí se ve la valoración de la memoria de trabajo espacial y aquí la memoria de trabajo verbal.

La memoria de trabajo, especialmente la memoria de trabajo no-verbal, está mucho más relacionada con el TDAH que con el trastorno bipolar. En la diapositiva podemos también observar otras diferencias.

El trastorno bipolar tiene mayor relación con problemas de inflexibilidad cognitiva, con los cambios de conjunto de la Clasificación de Tarjetas de Wisconsin, o la resistencia a la distracción en la Prueba Stroop, etc. El TDAH por otro lado, no sólo tenía problemas con la memoria de trabajo, sino que también tenía más probabilidades de tener problemas con la inhibición de respuestas. Demuestra que los déficits ejecutivos pueden estar relacionados con ambos trastornos, pero las pautas de estos déficits son distintas en cada trastorno.

TBP INFANTIL – CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

A la hora de buscar indicaciones que les puedan ayudar en el diagnóstico diferencial entre la bipolaridad y el TDAH, concéntrense en el estado de ánimo, grandiosidad, pensamientos de tipo psicótico, una menor necesidad de sueño e hipersexualidad. Cuando un estado de ánimo deprimido e irritable, aunque sea severo, aparece en solitario como el único problema importante, no es un indicador de trastorno bipolar.

Puede que sea un indicador, de lo que podríamos denominar como trastorno de estado de ánimo grave, o una depresión grave unilateral, o un nuevo diagnóstico que puede salir en el DSM-V, relacionado con un trastorno de desregulación de temperamento, pero no es una señal de trastorno bipolar.

Los estados de ánimo en el trastorno bipolar, no guardan relación con acontecimientos detonantes en el entorno inmediato. En ese sentido no son racionales. Son irracionales e inconsistentes con el entorno. También tienen una larga duración y frecuentemente se mantienen a lo largo de distintos contextos y situaciones.

Por tanto, cuando observen síntomas de estado de ánimo extremos, de larga duración, caprichosos, lábiles y que no se pueden explicar fácilmente por causas inmediatas en el entorno, sería aconsejable considerar la posibilidad de un trastorno de estado de ánimo comórbido. Pero en casos en los que el individuo sólo demuestra una emoción impulsiva, como respuesta a un factor detonante en el entorno inmediato, y la emoción es comprensible, como respuesta a una provocación – es decir, que es racional – entonces probablemente se trata de un TDAH.

Por último, sugiero que consulten con las escalas de valoración numérica, como el Child Behavior Checklist. Los estudios muestran, que en los casos en los que los valores elevados en las escalas de exteriorización, especialmente la escala de agresividad, son más de 3 desviaciones tipo por encima de la media (es decir que son casos muy graves, con puntuaciones típicas de 85 o más), se trata de un perfil más relacionado con el trastorno

bipolar infantil que con el TDAH. Y aunque en los casos de TDAH se valoran en esta misma escala, no tienen una elevación tan alta. Por tanto, niveles elevados de agresividad pueden ser indicadores del trastorno bipolar infantil.

EL IMPACTO DEL TRATAMIENTO EN EL TBP₁

La presencia comórbida del trastorno bipolar con el TDAH, sí tiene un impacto sobre la planificación del tratamiento. Para empezar, es necesario tratar los síntomas de la bipolaridad primero, porque con toda probabilidad, van a ser los síntomas más graves, y los medicamentos para el TDAH, no sirven para tratar el trastorno bipolar y viceversa. Y entonces, una vez que los estados de ánimo estén bien controlados, se puede introducir dosis pequeñas de un medicamento para tratar el TDAH, para intentar controlar los síntomas del TDAH comórbido. Se pueden combinar los medicamentos, pero desde luego se debe tratar el trastorno de estado de ánimo primero.

A continuación, tengan en cuenta que se ha visto que los estabilizadores de estado de ánimo, funcionan mejor con los adultos con trastorno bipolar que con los niños bipolares. Se ha visto que los medicamentos antipsicóticos atípicos y los medicamentos antihipertensivos, funcionan un poco mejor que los estabilizadores de estado de ánimo, a la hora de tratar al trastorno bipolar infantil. En situaciones de comorbilidad con el TDAH sin embargo, los estudios sugieren que la manía no responde tan bien a los fármacos antimaníacos o a los fármacos para la bipolaridad, por razones que no están muy claras todavía.

Algunos estudios sugieren que la comorbilidad con el TDAH, puede interferir en la respuesta del trastorno bipolar a los medicamentos para la bipolaridad. Al final, lo más probable es que se termine combinando medicaciones para el TDAH y para la bipolaridad, es decir, la poli-farmacia, para tratar el caso clínico.

Es también probable, que se realicen hospitalizaciones periódicas, tanto para la valoración de los medicamentos estabilizadores del estado de ánimo, como para proteger al paciente con trastorno bipolar de intentos de suicidio o proteger a sus familiares del mayor riesgo de conductas violentas y agresivas, por parte del paciente.

Teniendo en cuenta la gravedad de este trastorno, es muy probable que estos casos necesiten servicios de educación especial. También es importante vigilar a los adolescentes, dado el creciente riesgo de trastornos de drogodependencia a estas edades. Este riesgo probablemente será mayor en casos de comorbilidad ya que ambos trastornos (bipolaridad y TDAH) por sí solos, predisponen al paciente al trastorno de abuso de sustancias.

Se recomienda una mayor monitorización del adolescente, por los antecedentes que tenemos de un aumento del riesgo de ideación suicida e intentos de suicidio, en personas con trastorno bipolar. Pueden observar aquí, que la comorbilidad del trastorno bipolar con el TDAH aumenta notablemente este riesgo de ideación suicida y especialmente de intentos de suicidio por encima de la tasa base, en comparación con lo que ocurre cuando el TDAH es el único trastorno presente.

MÁS SOBRE EL IMPACTO DEL TRATAMIENTO EN EL TBP

En mi opinión, cuando se trata un paciente con trastorno bipolar comórbido con el TDAH, es necesario modificar en cierto grado el entrenamiento parental del manejo de conductas o el entrenamiento desde la perspectiva psicosocial. El motivo de esta modificación, es que el entrenamiento conductual tradicional, suele emplear la aplicación de límites y cuando se trata de niños bipolares, es posible que poner límites provoque temperamento explosivo y ataques de ira. Para el tratamiento de estos casos, sugiero que consideren utilizar el Programa para Niños

Explosivos de Ross Green, o lo que a veces se denomina la resolución colaborativa de problemas.

Si van a utilizar programas tradicionales de manejo de conductas, como los que comento en mi libro *“Hijos desafiantes y rebeldes”*, sugiero que esperen para emplear las tácticas disciplinarias o de fijación de límites, hasta que se logre controlar adecuadamente el trastorno bipolar del niño. Hasta entonces, recomiendo que se centren en los aspectos de mi programa de entrenamiento que sólo trabajan con recompensas. Una vez controlada la bipolaridad, se deberían utilizar formas muy moderadas de disciplina y esporádicamente, para evitar la provocación de estallidos de ira adicionales en el niño. Estas familias necesitarán, desde luego, asesoramiento para poder abordar los estados de ánimo explosivos del niño y la ayuda de la gestión del estrés, para enfrentar la angustia que con toda probabilidad esté muy presente en su día a día, en el entorno familiar. Los estudios sobre el riesgo de abusos físicos, indican que los niños con trastorno bipolar y TDAH, son los que corren el mayor riesgo de sufrir abusos por parte de las personas que les cuidan, en comparación con niños con otros trastornos psiquiátricos.

Por tanto, hay que vigilar estos casos muy de cerca. Es necesario en mi opinión, ofrecer a los padres asesoramiento en la gestión del estrés y servicios de relevo temporal.

Es decir, sacar al niño del entorno familiar temporalmente con cierta periodicidad, para darles un respiro a los padres en el cuidado del niño y de esta manera, ayudar a minimizar los riesgos de abuso.

TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Consideremos brevemente el solapamiento del TDAH con trastornos del espectro autista. Uds. saben que el DSM-IV no admite el diagnóstico comórbido de estos dos trastornos, pero lo digo con franqueza, el planteamiento del DSM-IV, es erróneo. Estos dos trastornos pueden

coexistir y de hecho lo hacen y el DSM-V lo reconocerá. Los estudios indican que de un 20% a un 25% de los niños con TDAH, tienen síntomas dentro del espectro autista e incluso pueden llegar a tener un trastorno completo del espectro autista.

Puede ser que no llegue al nivel del autismo en la primera infancia, pero puede haber síntomas dentro del espectro, por ejemplo los del Síndrome de Asperger. Es aún más común la situación inversa. Si hacemos una muestra de niños con un trastorno diagnosticable del espectro autista, observamos que entre un 20% y hasta un 54%, tienen también un TDAH diagnosticable. En este caso, parece que los trastornos del espectro autista predisponen más al TDAH que el TDAH a los trastornos del espectro autista, pero ambos pueden coexistir.

El motivo del solapamiento, puede estar relacionado con una genética compartida. Los estudios sobre los genes de riesgo para el TDAH, han identificado ciertos genes que también son de riesgo para el autismo o los trastornos del espectro autista. Se sabe, que ambos trastornos son altamente hereditarios. De hecho, la variación en las características que componen ambos trastornos o un 80% de esa variación se debe aparentemente a las diferencias genéticas.

Por lo tanto, ambos trastornos son muy hereditarios, pueden compartir genes de riesgo, y esos genes bien podrían ser los responsables de la inatención en el TDAH. Los estudios recientes han demostrado, que en los casos de TDAH en comparación con casos de autismo o trastorno del espectro autista, o en casos en los que los dos trastornos son comórbidos, la inhibición pobre está directamente relacionada con el TDAH, mientras la inatención, es un factor compartido entre ambos trastornos. Las disfunciones sociales y de lenguaje, son específicas de los trastornos de espectro autista y no del TDAH. Para resumir, los problemas con la inhibición están relacionados con el TDAH y los problemas sociales y las dificultades con el lenguaje, están relacionados con los trastornos de espectro autista.

Para terminar, estudios recientes muestran que los medicamentos para el tratamiento del TDAH, pueden ser eficaces incluso cuando este es comórbido con un trastorno del espectro autista. Sé que anteriormente los médicos clínicos creían frecuentemente que esto no era posible, porque los medicamentos para el TDAH podrían hacer empeorar algunos de los síntomas del espectro autista o la ansiedad relacionada con este trastorno, pero se ha visto que no es cierto. Se trata de una buena noticia, porque cuando estos trastornos son comórbidos, los medicamentos para el TDAH pueden funcionar eficazmente para tratar el aspecto del TDAH del caso.

LOS TRASTORNOS DE TICS Y TOC

Acompañenme, mientras vemos unas diapositivas más sobre otros trastornos que a veces aparecen comórbidos con el TDAH. Entre estos trastornos, se incluyen los tics y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo -TOC. Los médicos clínicos deberían saber que los estudios, sugieren que estos trastornos entran dentro del espectro de un mismo fenotipo. Suelen manifestarse en varios miembros de una misma familia e incluso, en un mismo individuo. La contribución genética para uno, es la misma que para el otro conjunto de trastornos. Por tanto, los trastornos de tics, el Síndrome de Tourette y el TOC, forman un fenotipo familiar con un solo espectro de trastornos.

La relación entre los trastornos de Tic, TOC y el TDAH es también, en mi opinión, una comorbilidad de vía única. Déjenme que se lo explique. Si un niño o un adulto tienen TDAH, especialmente durante la infancia, el riesgo de desarrollar un tic sencillo, es de entre un 10% y un 15%.

Es por cierto, el mismo riesgo que tiene la población en general, de modo que sólo hay un ligero aumento en los casos de TDAH. El riesgo de Síndrome de Tourette (ST) es muy raro en los individuos con TDAH. En cambio al contrario, si una persona tiene Síndrome de Tourette, el solapamiento con el TDAH es entre un 50% y un 80%.

Por tanto, el Síndrome de Tourette predispone para el TDAH, pero el TDAH no predispone para el Síndrome de Tourette, como pueden observar en la diapositiva. Un estudio reciente, publicado a principios de 2011, vio que la relación entre el Síndrome de Tourette y el TDAH está mediada por la conexión con el Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Es decir, si una persona con Síndrome de Tourette, tiene TOC es más probable que tenga TDAH también. Si no tiene TOC, el riesgo para el TDAH, es mucho menor. Por tanto el puente entre Síndrome de Tourette y el TDAH, está aparentemente mediado por el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).

Ahora examinemos específicamente al TOC. Sé que muchas personas creen que individuos con TDAH, especialmente los adultos, probablemente tendrán Trastorno Obsesivo-Compulsivo, pero no es cierto. Los estudios de adultos derivados a la clínica, muestran que el TOC tiene una prevalencia muy baja, sólo de un 3% o un 4% de todos los casos en adultos. Es también la tasa base para las personas con TDAH.

Ahora bien, el Trastorno Obsesivo Compulsivo es más común en las familias donde hay tics y Síndrome de Tourette, y desde luego, en los casos donde hay TOC, Tics y Síndrome de Tourette, tal como he dicho anteriormente, es más probable que exista el TDAH. Es allí probablemente, donde surge la confusión. Si tratan a personas con TOC que también tienen TDAH, la tendencia hace pensar, que el Trastorno Obsesivo Compulsivo predispone al paciente al TDAH, lo cual es cierto. Pero no significa que funcione a la inversa y que el TDAH predisponga al TOC.

Aquí pueden observar, al pie de la diapositiva, que incluso cuando no hay TOC, los niños que tenían conductas obsesivo-compulsivas y TDAH, eran muy distintos a los otros niños con TDAH, que no tenían esas conductas. Para empezar, en su historial familiar había una incidencia mucho menor de TDAH, y segundo, eran mucho más atentos en el entorno escolar, que los niños con TDAH. También tenían características perfeccionistas y es posible que tuvieran mayores problemas en casa con la inhibición y no con la desinhibición.

Y para terminar, tenían mayores problemas con el trastorno negativista en casa. Todo esto sugiere, que en los casos en los que conductas propias del TOC coexisten con el TDAH, este puede ser muy distinto al TDAH clásico, que estamos comentando en esta presentación.

EL IMPACTO DEL TRATAMIENTO – TRASTORNOS DE TICS

La coexistencia de trastornos de Tics y Trastorno Obsesivo Compulsivo con el TDAH puede tener un impacto sobre la planificación del tratamiento. Por ejemplo, en el caso de tics leves, les aconsejo que no los traten, y que emprenda el tratamiento del TDAH de todos modos, con medicamentos o con una combinación de medicamentos e intervenciones psicosociales. Normalmente los tics leves no suponen una discapacidad, a la hora de las relaciones sociales, y se debe aconsejar a los padres para que sean tolerantes al respecto. Por otro lado, hay que tener en cuenta, que si tratamos pacientes con TDAH y tics con medicamentos que contienen anfetaminas, éstas podría empeorar los Tics.

Hay menos probabilidad de que esto ocurra con el metilfenidato, aunque incluso con este medicamento no se puede descartar. De hecho, algunos estudios han demostrado, que el metilfenidato puede exacerbar los tics, especialmente en los estudios que han recogido observaciones sobre ellos. De todos modos, el riesgo mayor de exacerbación de tics coexistentes con el TDAH es bajo el tratamiento con anfetaminas. Por tanto, es aconsejable proceder con mucha cautela cuando se utiliza anfetaminas en los casos comórbidos.

De hecho, recomendaría que, igual que con la ansiedad, sería preferible iniciar el tratamiento con Atomoxetina, porque es un fármaco que no tiene efectos adversos para los tics o las conductas propias del TOC, y de hecho, puede ayudar a reducir la frecuencia de los tics, en estos casos.

Podría ser interesante considerar el uso de Guanfacina XR. Igual que con la Atomoxetina, la Guanfacina trata el TDAH sin exacerbar los tics y de hecho,

es un tratamiento efectivo para los trastornos de tics.

Si los tics o el Síndrome de Tourette son tan severos que llegan a ser socialmente discapacitantes, sugiero que comiencen con el entrenamiento de manejo de conductas, es decir, terapias conductuales, tales como la práctica concentrada, relajación muscular profunda, control del estrés, o la práctica habitual de ejercicio aeróbico.

Todos son métodos que han demostrado ser eficaces para ayudar al paciente a afrontar los tics y el Síndrome de Tourette, en los casos en los que son evidentes. Pero si los tics y el Síndrome de Tourette son discapacitantes, está claro que será necesario controlar el Síndrome de Tourette con medicamentos.

Pero será necesario utilizar otros fármacos porque, tal como he comentado anteriormente, los medicamentos para tratar el TDAH no mejorará ni los tics ni el Síndrome de Tourette. Es posible que haya que recetar medicamentos antipsicóticos atípicos, o antihipertensivos, como la Guanfacina XR o incluso clonidina, para controlar el trastorno de tics.

TRASTORNOS DEL SUEÑO (30-56%)

Examinemos brevemente otro trastorno. Los trastornos del sueño no son trastornos psiquiátricos pero constituyen una comorbilidad frecuente en los niños y los adultos con TDAH. Un promedio de un 40% de los niños con TDAH, tienen dificultades con el sueño, pero lo más frecuente es que la mitad no sean verdaderos trastornos del sueño, si no problemas con la conducta a la hora de acostarse.

Simplemente al niño le cuesta irse a la cama, quedarse en su dormitorio, o se altera o tiene conductas desafiantes, cuando llega la hora de acostarse. Por favor, no consideren estas situaciones como trastornos de sueño. Así que del 40% de los niños con problemas de sueño, la mitad son simplemente problemas conductuales, a la hora de acostarse. El 20 o el 25% restante, sin embargo, pueden ser verdaderos trastornos de sueño.

Antes de pensar en la presencia de un trastorno del sueño, asegúrense de que la dificultad con el sueño, no sea el resultado de la terapia con medicamentos estimulantes. Tengan en cuenta, que entre un 35% y un 55% de los niños que reciben tratamiento con estimulantes, desarrollan insomnio, algo que por sí sólo, creará problemas a la hora de irse a la cama. Por tanto, puede ser productivo cambiar la toma de los medicamentos estimulantes, adelantándola a una hora más temprana por la mañana, para que vaya desapareciendo antes el efecto. Por otro lado, puede ser útil bajar la dosis, o si no es posible, cambiar a otro sistema de liberación del medicamento o incluso cambiar a otro fármaco.

Pero tengan presente, que la terapia por estimulantes está relacionada con dificultades para coger el sueño.

En los casos en los que el individuo se despierta mucho durante la noche, con una duración del sueño muy corta, o se levanta temprano por la mañana, con sensación de cansancio, habiendo señales de una vía respiratoria obstruida – como es el caso en los ronquidos – será necesario descartar la posibilidad de que exista un trastorno del sueño, como la apnea del sueño.

Tengan en cuenta también otro trastorno del sueño: el síndrome de las piernas inquietas. Aparentemente hay mayor riesgo para este síndrome, entre las personas con TDAH que, por lo general, tienden a estar más inquietas durante el sueño. Pero en algunos casos, pueden tener un síndrome de las piernas inquietas diagnosticable y es necesario tenerlo en cuenta, a la hora de revisar las posibles causas de la dificultad con el sueño, para descartarlo o tratarlo por separado.

En las personas que tienen un trastorno del sueño o tienen el sueño interrumpido, los síntomas del TDAH pueden agravarse el día siguiente en el centro escolar, porque se sabe que las dificultades con el sueño, exacerbaban la inatención, especialmente durante el horario escolar. En este 20%, que pueden tener un verdadero trastorno de sueño, especialmente los que tienen una vía respiratoria obstruida, el tratamiento de ese

trastorno específico, puede mejorar los síntomas de inatención, durante el horario escolar. Además, aconsejo a los médicos clínicos, prestar atención a los resultados de los últimos estudios que sugieren que los padres de niños con TDAH, son más propensos a permitir que sus hijos tengan acceso a los medios audiovisuales, probablemente como una herramienta a la hora de cuidar al niño, porque le mantiene tranquilo, menos alterado y entretenido, y de esta manera, los padres pueden atender a otras tareas. Estos estudios demuestran también, que los padres tienen mayor probabilidad de permitir, que los niños tengan estos medios audiovisuales en sus dormitorios e incluso se les permita jugar con ellos (por ejemplo, los videojuegos), hasta bastante tarde por la noche. Es otra causa posible del problema para conciliar el sueño o de un problema de conducta, a la hora de acostarse.

EL IMPACTO DEL TRATAMIENTO – TRASTORNOS DEL SUEÑO

¿Cuál es el impacto de un trastorno del sueño, a la hora de planificar el tratamiento? Si el problema con el sueño, en especial el sueño interrumpido, es grave o si existe una apnea del sueño, deberían considerar la posibilidad de realizar una evaluación del sueño de 24 horas, como una polisomnografía, en un laboratorio de sueño especializado y tratar el trastorno del sueño, según el diagnóstico. Tengan en cuenta que los estimulantes pueden exacerbar el insomnio y como he comentado anteriormente, ajusten la dosis del medicamento.

Consideren la posibilidad de utilizar la Atomoxitina con estas personas y si el individuo divide la dosis para tomar la mitad por la mañana y la otra mitad por la noche antes de acostarse, puede ayudar a la hora de dormir. La Atomoxitina está relacionada con la somnolencia. Así que dividir la dosis de Atomoxitina, puede beneficiar a los niños que tienen dificultades para conciliar el sueño o problemas de conducta a la hora de acostarse.

Cuando la Atomoxitina no es útil, pueden considerar la posibilidad de un tratamiento de corta duración con un fármaco antihipertensivo como Guanfacina o un antidepresivo tricíclico a la hora de acostarse, porque se sabe que ambos fármacos aumentan la somnolencia en los niños. Pero se deberían utilizar solamente para tratamientos de corta duración, para reestructurar el ciclo del sueño, por los efectos secundarios que contraindican tratamientos más largos.

MÁS SOBRE EL IMPACTO DEL TRATAMIENTO EN LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

Deben aconsejar a los padres, preparar el momento de irse a la cama, una hora antes de lo normal. En ese tiempo, se debería eliminar todo acceso a los audiovisuales o actividades muy estimulantes, proceder a realizar actividades más tranquilas, como leer juntos un cuento, jugar a un juego de mesa, o simplemente jugar manualmente con los juguetes.

A continuación, el baño o la ducha y luego trasladarse al dormitorio y leer juntos en la cama durante un rato. Cuando el padre o la madre salgan de la habitación del niño, puede dejar una pequeña luz encendida, con una música de fondo suave.

Todos estos pasos constituyen una transición gradual de las actividades más estimulantes, a las más relajantes para el niño con TDAH. Si esto no ayuda, podrían considerar el uso de melatonina sublingual (para colocar debajo de la lengua), que ha demostrado mejorar el inicio del sueño con un promedio de unos 20 minutos en los niños con TDAH. Pero tengan en cuenta, que es posible que la melatonina no se pueda conseguir en todas partes y que en algunos países no está aprobada para este tipo de uso.

DIFICULTADES DE APRENDIZAJE (24-70%)

El TDAH coexiste a menudo con las discapacidades de aprendizaje. Como promedio, por lo menos la mitad de los niños con TDAH tienen algún trastorno de lectura, ortografía, matemáticas o de alguna combinación de los tres. Tengan en cuenta que estos trastornos de aprendizaje no tienen su causa en el TDAH y requieren un tratamiento separado. El tratamiento del TDAH tiene pocas probabilidades de mejorar estos trastornos.

En cambio, en los niños con TDAH y dificultades con la escritura o la comprensión lectora, de escucha o de visionado, por ejemplo a la hora de ver películas, las dificultades sí están relacionadas con el TDAH y el impacto que tiene sobre la memoria de trabajo.

Por tanto, el tratamiento del TDAH probablemente ayudará a mejorar estos problemas académicos específicos. Es decir, la escritura y las dificultades de comprensión.

EL IMPACTO DEL TRATAMIENTO DE LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE

Esto significa, que cuando existe un trastorno comórbido de lectura, ortografía o matemáticas, no podemos esperar que mejoren con los medicamentos para el TDAH, especialmente con los estimulantes. Hay indicios de que la Atomoxetina, puede mejorar la lectura pero me parece que se refiere más a la velocidad lectora y la comprensión que la descodificación lectora, por ejemplo en la fonética. Estos trastornos de aprendizaje primarios, requieren tratamiento con intervenciones de educación especial. En cambio, los problemas comórbidos de escritura y comprensión, podrían responder a los medicamentos para tratar el TDAH, porque lo más probable es que sean problemas secundarios del mismo TDAH.

Para terminar, algunos estudios, como los realizados por Natalie Grizenko en Quebec, indican que en los casos en los que existe un trastorno de matemáticas comórbido con el TDAH, puede reducir la probabilidad de una

buena respuesta a los medicamentos estimulantes. Aquí pueden ver las cifras. Noten que cuando los niños con trastornos de matemáticas comórbidos se trataron con estimulantes, sólo un 37% respondieron al medicamento, en comparación con casi el doble entre los niños que no lo tenían – y aquí están esas cifras.

Por tanto, la presencia de un trastorno lector comórbido, no afecta la respuesta a los estimulantes, pero el trastorno de matemáticas aparentemente sí. Estos resultados se han repetido en otro estudio.

No sabemos por qué es así. Podría ser, que los trastornos de matemáticas produzcan o estén relacionados con otro tipo de problema de atención, distinto al de los otros trastornos de aprendizaje, y que ese problema de atención en particular no está asociado con una buena respuesta a los estimulantes. Sea cual sea el motivo, estén atentos a los trastornos de matemáticas comórbidos, como posibles marcadores de una menor probabilidad de responder a los estimulantes y consideren la posibilidad de tratarlo con un medicamento no-estimulante, si es necesario.

CONCLUSIONES

Para terminar, espero que hayan observado que la comorbilidad es muy frecuente en los niños y los adultos con TDAH, y que crea unos problemas específicos, especialmente disfunciones adicionales en las principales actividades de la vida diaria, más allá de los que produce el TDAH. Espero también que hayan comprendido que la comorbilidad puede afectar el curso vital y sus resultados, además de los que produce el TDAH. La comorbilidad en particular, puede hacer necesario ajustes en los tratamientos tradicionales, que son los que se utilizarían si el TDAH fuera el único trastorno presente.

Por ejemplo, es posible que se tengan que ajustar los medicamentos como consecuencia de un trastorno comórbido de ansiedad, de sueño, de tics o de Trastorno Obsesivo Compulsivo, o en los casos en los que los padres están preocupados por distintas conductas de factores de riesgo y de

drogadicción, en los que existe una necesidad de tratamiento urgente. Todos estos factores, pueden tener algún impacto sobre la elección de los medicamentos para tratar el TDAH, o la secuencia en la que el médico clínico quiere tratar los trastornos, según su gravedad.

Es el caso de la depresión, en el que abogo por tratar al trastorno más grave primero, ya que el tratamiento de un trastorno tiene poca probabilidad de afectar a los tratamientos de los otros trastornos.

Finalmente, es probable que sea necesario utilizar una combinación de distintas terapias en los casos con trastornos comórbidos, en comparación con los casos en los que sólo existe el TDAH. Va a ser necesario aportar otros tratamientos, para atender al trastorno comórbido y no sólo el TDAH.

GRACIAS

Gracias por apuntarse a este curso por internet sobre la Comorbilidad y el TDAH. Les invito a apuntarse cuando quieran a otros cursos que he preparado para esta página web.

Les invito también a visitar la página web de mi editorial Guilford.com, para más información sobre los productos que he desarrollado para el TDAH, en particular las tres escalas de valoración numérica para adultos con TDAH: La Escala de Valoración de TDAH en Adultos; la Escala de Déficit de las Funciones Ejecutivas; y la más reciente, publicada en mayo de 2011, la Escala de Valoración de las Disfunciones Funcionales. Pueden ver estos y otros productos en la página guilford.com o en mi página web russellbarkley.org. Muchas gracias.