

EL TDAH EN ADULTOS - NATURALEZA Y DIAGNÓSTICO - Parte 1

Dr. Russell A. Barkley

CURSO PARA PROFESIONALES

CAPÍTULO 13

BIENVENIDOS

Hola, soy el Doctor Russell Barkley. Soy Profesor Clínico de Psiquiatría en la Universidad de Medicina de Carolina del Sur. Bienvenidos a este curso por internet sobre el TDAH y los adultos.

Este curso está dividido en tres partes, y esta es la primera. En esta parte de la conferencia, hablaré sobre la naturaleza del TDAH en los adultos y los criterios para el diagnóstico que se deberían emplear para identificarlo. Tengan en cuenta que una gran parte del contenido de este curso, coincide con otro curso que ofrezco en esta página web, sobre el Diagnóstico y la Clasificación en Subtipos del TDAH, principalmente en los niños y los adolescentes.

RELACIÓN 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 del Centro Médico de la Universidad de Massachusetts y recibo una pensión de jubilación, pero como pueden comprobar, sigo en activo como docente, investigador y médico clínico.

Durante el último año, he impartido conferencias para diversas asociaciones profesionales, organizaciones de asistencia sanitaria y otros patrocinadores, que figuran en esta diapositiva, por las que he recibido una remuneración. También recibo derechos de autor, por los diversos productos que he desarrollado sobre el TDAH, como libros, vídeos, boletines y cursos por Internet, como este, que están en el mercado.

Finalmente, y lo que más puede interesar dentro de este contexto, he asesorado y he trabajado como conferenciante en representación de varias de las principales empresas farmacéuticas, que actualmente venden productos para el tratamiento del TDAH. He colaborado también, como testigo experto en representación de la empresa farmacéutica Eli Lilly recientemente, dentro de una disputa legal sobre patentes.

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

TBP- Trastorno Bipolar

TPA – Trastorno Personalidad Antisocial

TCC – Trastorno Cognitivo Conductual

TGD – Trastorno Depresión Grave

TGA – Trastorno Generalizado de Ansiedad

EEG – Electroencefalografía

EL TDAH EN ADULTOS – NATURALEZA Y DIAGNÓSTICA – PARTE I

Este curso trata sobre el TDAH en adultos. En la primera parte del curso, hablaré sobre la naturaleza del TDAH en adultos y su diagnóstico. En la segunda parte, sobre las disfunciones que están relacionadas con el TDAH en los adultos. Y para terminar, en la tercera parte del curso, hablaré sobre las particularidades de la evaluación del TDAH en los adultos, además de las recomendaciones más habituales para el tratamiento.

Comencemos con la primera parte.

HISTORIA DEL TDAH EN ADULTOS

Comencemos este curso, con una revisión de la historia del TDAH en los adultos. Aunque muchas personas creen que el TDAH en los adultos es un descubrimiento reciente, quizás de los años 90, es cierto que ya en 1798 había referencias a trastornos de atención en adultos y niños. Ese año, Alexander Crichton, publicó un libro de texto de medicina de tres tomos que incluía un capítulo dedicado a enfermedades de la atención. En ese capítulo, Crichton describió por lo menos dos trastornos de atención. Uno de ellos, se parece mucho a lo que hoy día llamaríamos el TDAH de tipo combinado, con sus problemas característicos con la persistencia, el mantenimiento de la atención, la resistencia a las distracciones y problemas con la inhibición.

El segundo trastorno, que describió Crichton, parece estar relacionado con el estado de alerta o la focalización de la atención. Se parece, creo yo, a lo que hoy en día llamamos el Tempo Cognitivo Lento, el segundo trastorno de atención, sobre el que hablaré más adelante en este curso.

Durante los 100 años, después del libro de Crichton, se escribió muy poco sobre los trastornos de atención, pero en 1902, George Still publicó tres conferencias sobre “defectos del control moral en los niños”. Dentro de la descripción de estos niños, se incluyeron problemas como mantener la atención, la resistencia a las distracciones, la impulsividad y la hiperactividad, muchas de las características que actualmente relacionamos con el TDAH de tipo combinado. Still se fijó también en los problemas con la desregulación emocional, relacionados con este trastorno.

En esta página web, ofrezco un curso específico sobre la importancia de las emociones en el TDAH. De momento, es suficiente reconocer, que desde la época de Still la desregulación emocional, es uno de los síntomas del TDAH.

Crichton mismo mencionó, que las personas que se distraían con gran facilidad tenían probabilidades de tener dificultades con la frustración y la rabia.

George Still describió a varios niños que atendía en su consulta y que tenían problemas para controlar su conducta, en respuesta a las exigencias específicas de diversas situaciones o en relación con las consecuencias futuras de esas acciones. Creía que muchos de esos niños, seguían con las mismas dificultades a lo largo del tiempo y hasta la edad adulta. Así que, de forma indirecta, las conferencias de Still apoyan la idea de que los adultos pueden tener TDAH.

Durante los siguientes 50 años, en gran parte por la intervención de por lo menos dos guerras mundiales, se escribió poco sobre los adultos con trastornos de atención. Pero a partir de los años 70, los estudios longitudinales que siguieron niños hiperactivos hasta la edad adulta, documentaron la persistencia de estos síntomas en el tiempo y hasta el inicio de la edad adulta.

En ese momento no existían criterios rigurosos para el diagnóstico del trastorno. Estos estudios encontraron, que por lo menos un 35% y hasta un 50% de estos niños, seguían con síntomas significativos de hiperactividad, hasta bien entrada en la edad adulta. Los resultados de estudios posteriores, que incorporaron criterios más rigurosos, además de los criterios ampliados en el DSM-III, IIR y IV, para el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, encontraron cifras mucho más altas, en cuanto a la persistencia de estos síntomas: un mínimo de un 50% hasta un 87% de los participantes en estos estudios longitudinales, mostraron síntomas significativos de TDAH, que persistían hasta la edad adulta o cumplieron los criterios para el diagnóstico del trastorno completo.

Así que, a partir de los años 70 se empezaba a ver claramente, que los adultos también podrían tener TDH o hiperactividad, o lo que en ese momento se denominaba, Disfunción Cerebral Mínima.

En 1976, Paul Wender, expuso la idea de que los adultos podrían tener Disfunción Cerebral Mínima (DCM) y describió la naturaleza de los síntomas, entre ellos, no solamente los síntomas que se veían en los niños, sino también la desregulación emocional. Wender fue uno de los primeros en realizar estudios, con un control doble-ciego sobre el uso de los medicamentos, para controlar el DCM o la hiperactividad en adultos, lo que actualmente conocemos como TDAH del tipo combinado.

MÁS HISTORIA

En 1990 se publicó el primer estudio de neuroimágenes de adultos con TDAH. El estudio utilizó la Tomografía de Emisión de Positrones (PET), para evaluar el funcionamiento cerebral en adultos con TDAH, que tenían un historial de TDAH en la infancia. Zametkin y sus compañeros, refirieron numerosas diferencias en el funcionamiento cerebral entre estos adultos y los del grupo de control normal. Las dificultades principales, fueron una actividad cerebral generalizada menor de la normal y, más específicamente, dificultades en la corteza frontal. Estudios posteriores de neuroimágenes, replicaron estos resultados e indicaron que no solamente había diferencias funcionales en el cerebro de los adultos con TDAH, sino también diferencias estructurales.

Para más información sobre las etiologías del TDAH, pueden apuntarse al curso que ofrezco en esta página web, sobre este tema.

En 1991, un libro muy popular, escrito por Ned Hallowell y John Ratey, “Driven to Distraction” (Impulsado a la distracción), se convirtió en éxito de ventas y expuso el tema del TDAH en adultos, llamando la atención de un público más amplio. En mi opinión, este libro fue responsable, en gran parte, de la concienciación del público estadounidense sobre la posibilidad de que los adultos tuvieran TDAH.

Así que, aunque existen referencias al TDAH, desde los años 70 en la bibliografía científica y tal como he indicado anteriormente desde finales del siglo XVIII, la publicación de libros, como el de Hallowell y Ratey, logró que el TDAH en adultos fuera conocido por un público mucho más amplio.

A finales de los años 90, también vimos como se crearon clínicas especializadas, para la evaluación y tratamiento de adultos con TDAH. Muchas de ellas fueron, de hecho, clínicas para niños con TDAH, que accedieron a tratar a adultos con el trastorno, en gran parte debido al hecho, de que los profesionales de la salud mental para adultos no estaban familiarizados con la idea que fuera posible que el TDAH se manifestara en este sector de la población. Muchos de ellos se formaron en una época, en la que se creía que el TDAH era un trastorno exclusivamente infantil. Sin embargo, tal como les he explicado, existían numerosos estudios que apoyaban la validez del TDAH, como un trastorno adulto, y un trastorno infantil que persistía hasta la edad adulta.

Se empezaron a crear clínicas especializadas en TDAH de adultos, como la de la Universidad de Massachusetts, donde Kevin Murphy y yo, fundamos una de las primeras. Se crearon otras clínicas, entre ellas, la del Hospital General de Massachusetts y la de la Facultad de Medicina de Harvard, donde Joseph Biederman y sus compañeros, como Timothy Wilens y Tom Spencer, abrieron una clínica para atender a adultos con TDAH.

Más o menos en la misma época, se abrió una clínica en la Facultad de Medicina de la Universidad Wayne State, dentro del departamento de medicina de familia. Poco tiempo después, empezaron a abrirse clínicas especializadas en otras localidades estadounidenses.

En el año 2003, la FDA, la agencia estatal estadounidense encargada de vigilar la seguridad de alimentos y medicamentos, aprobó la venta del primer medicamento para el tratamiento de TDAH en adultos. Se trataba de la Atomoxetina.

Más adelante, la FDA aprobaría otros fármacos para el tratamiento de TDAH en adultos, incluidos diversos medicamentos estimulantes. Más recientemente, en 2008, se hizo muy evidente la existencia de una bibliografía abundante sobre el TDAH en adultos, dentro de las publicaciones científicas que apoyaban, sin lugar a duda, la validez del TDAH como un trastorno adulto, que a diferencia de otros trastornos, tenía una historia propia, etiologías propias y una respuesta propia a las intervenciones. Estos resultados fueron comunicados en el libro de texto, que escribí con Kevin Murphy y Mary Ellen Fisher, “TDAH en adultos, lo que dice la ciencia”, en el que repasamos todas las pruebas y presentamos los resultados de dos estudios de escala muy amplia sobre el TDAH en adultos, con la financiación del Instituto Nacional de Salud Mental estadounidense.

De uno de estos estudios, conocido como el Estudio de la Universidad de Massachusetts, hablaré con más detalle en la segunda parte de este curso por internet sobre el TDAH en adultos, dedicada al TDAH y las Disfunciones.

El otro estudio fue el Estudio Longitudinal de Milwaukee. Ambos estudios, emplearon medidas parecidas para evaluar tanto a adultos con TDAH derivados a la clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachusetts, como a niños con TDAH a los que se realizaba un seguimiento hasta la edad adulta en la Universidad Médica de Wisconsin. Ambos estudios, validaron la existencia del TDAH y, especialmente, la gama amplia de disfunciones relacionadas con el trastorno.

¿QUÉ ES EL TDAH? LA VISIÓN CLÍNICA ACTUAL

Y ahora, consideremos la visión clínica actual del TDAH. Sea en su manifestación infantil o adulta, la visión del TDAH es de un trastorno de síntomas o conductas no apropiados para la etapa de desarrollo del individuo, que se manifiestan principalmente, en dos áreas del desarrollo neuropsicológico. La primera es la inatención, y de allí, viene el nombre del trastorno. Recientemente, sin embargo, muchos investigadores creen que esta área representa en realidad, un dominio cognitivo más amplio de las funciones ejecutivas. No todos los aspectos de la atención están afectados por el TDAH. Como pueden observar aquí, el cerebro humano genera por lo menos 6 tipos de atención distintos.

El más afectado, en el caso de los niños y adultos con TDAH, es la persistencia a la hora de realizar tareas o lograr objetivos, la resistencia a las distracciones, y la capacidad de retomar una actividad interrumpida.

Esta última, no es tanto una función de la atención, como de la memoria de trabajo. La memoria de trabajo es una de las principales funciones ejecutivas, controlada por la corteza pre-frontal. Es la capacidad de mantener en mente los acontecimientos que guían la conducta hacia la realización de un objetivo y la capacidad de recordar información esencial, para la tarea que se está realizando. Las pruebas indican, que la memoria de trabajo y la inhibición, están más afectados por el TDAH, además de otras funciones ejecutivas.

Pueden encontrar más información sobre las funciones ejecutivas en el TDAH, en el curso que ofrezco sobre el tema en esta página web.

Además de las dificultades con la intención, también existen problemas en el área de la inhibición con conductas no apropiadas, para la etapa evolutiva. En la infancia se manifiesta con un alto grado de conductas hiperactivas e inquietas. Pero la hiperactividad disminuye de forma significativa con la edad y se manifiesta en los adultos más bien de una forma subjetiva o interiorizada. El adulto con TDAH, refiere una necesidad de mantenerse ocupado y siente una inquietud interna, aunque no sea evidente en su conducta motora externa. Además de la hiperactividad, el TDAH está relacionado con problemas significativos con el control de los impulsos. Las dificultades con la inhibición ocurren en todas las áreas, incluidas la conducta verbal, la inhibición motora, la impulsividad cognitiva y emocional.

La impulsividad cognitiva que observamos en el TDAH, está relacionada con una falta de consideración sobre las consecuencias de sus acciones y también con una importante falta de valoración de las recompensas futuras, a favor de recompensas menores pero inmediatas. Así que, la visión clínica actual del TDAH, es la de un trastorno de inatención y probablemente de las funciones ejecutivas, además de dificultades con la inhibición.

CRITERIOS DEL DSM-IV: 6 DE LOS 9 SÍNTOMAS DE INATENCIÓN

Veamos los criterios que figuran actualmente en el DSM-IV, para el diagnóstico del TDAH. Hablaré ahora, de algunos de los problemas que existen con el DSM-IV y como lo médicos clínicos pueden abordarlos. Según el DSM-IV, es necesario que una persona tenga por lo menos 6 de los 9 síntomas de inatención y que estos síntomas deben ocurrir frecuentemente, para que se puedan considerar como síntoma.

Estudiaremos en el futuro, los criterios que figuran en el DSM-V.

CRITERIOS DEL DSM-IV: 6 DE LOS 9 SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD- IMPULSIVIDAD

Los criterios diagnósticos requieren, que un individuo tenga por lo menos 6 de los 9 síntomas de hiperactividad o impulsividad, y que cada uno tiene que ocurrir a menudo o con mucha frecuencia, para que se pueda considerar como un síntoma. Los individuos pueden tener 6 síntomas de cualquiera de los dos listados, para recibir un diagnóstico de TDAH. Si cumplen los criterios de ambos listados, se le diagnosticará un TDAH de tipo combinado, mientras que si sólo cumplen los criterios de inatención, resulta un diagnóstico de TDAH de tipo inatento. Y finalmente, los individuos que sólo cumplen los criterios del listado hiperactivo-impulsivo, reciben un diagnóstico de TDAH de tipo hiperactivo-impulsivo, aunque esto es muy infrecuente en los adultos.

En breve hablaré más, sobre esta manera de abordar la clasificación en subtipos.

CRITERIOS ADICIONALES

Además de tener síntomas significativos, que no son apropiados para la etapa evolutiva, los criterios del DSM exigen que los síntomas se desarrollen en algún momento de la infancia, habitualmente antes de los 7 años y que causen disfunciones en por lo menos una de las principales actividades de la vida diaria. Este requisito de inicio del TDAH en la infancia, sólo se puede aplicar a las personas para las que no se puede identificar con facilidad una etiología para el TDAH.

Es totalmente posible, que una persona desarrolle un TDAH secundario, debido a una lesión neurológica en cualquier momento de la vida. Si esto ocurre, suelo recomendar que incluyan el término “adquirido” en el diagnóstico, para que quede claro a otras personas, que puede tratarse de otra forma, fuente o etiología de TDAH, en comparación con la forma genética de desarrollo o si prefieren, idiopática del trastorno, que suele ser más común.

El DSM, también requiere que los síntomas ocurran en diversos contextos. Es decir, que tienen que ser de naturaleza generalizada. Lo más habitual, es que estos contextos incluyan el hogar, el trabajo, el entorno escolar y las relaciones sociales, entre otros. Los criterios del DSM, también especifican que deben existir disfunciones en las actividades principales de la vida diaria, para cumplir con los criterios de diagnóstico de TDAH. Volveré a comentar este tema, cuando hable sobre la manera de clarificar los criterios del DSM-IV, para su uso en la práctica clínica.

El DSM estipula también, que los médicos clínicos deben descartar otros trastornos que podrían explicar mejor estos síntomas, antes de diagnosticar el TDAH.

También dice, que no es habitual que el TDAH se presente dentro del contexto de algunos trastornos, como los del espectro autista. Hoy día se sabe, que esto no es cierto.

El TDAH puede, de hecho, solaparse con varios otros trastornos comórbidos. Y como ya he comentado anteriormente, los criterios del DSM-IV dividen el TDAH en 3 subclasificaciones.

COMO CAMBIAN LOS SÍNTOMAS A LO LARGO DEL DESARROLLO

Consideremos, cómo los síntomas del TDAH cambian con el paso del tiempo. Para empezar, como ya he comentado, los síntomas de hiperactividad disminuyen notablemente con la edad, de tal manera, que al final de la adolescencia o al llegar a la edad adulta, los individuos ya no cumplen 6 de los 9 criterios del listado de síntomas de hiperactividad. Esto es debido, a que por lo menos 6 de los síntomas que figuran en este listado, son síntomas de hiperactividad y por tanto, las personas tienen mucha probabilidad de no llegar al umbral de 6 síntomas necesarios, para un diagnóstico de TDAH de tipo hiperactivo o incluso del tipo combinado. La hiperactividad es aparentemente de naturaleza más interiorizada o subjetiva.

Como ya he dicho, los adultos con TDAH, frecuentemente refieren sensaciones de inquietud, especialmente a nivel interno, y con una necesidad de mantenerse ocupados siempre con algo, y llevar a cabo múltiples actividades, pero a nivel exterior hay menos indicios de hiperactividad motora gruesa. Mis propias investigaciones indican, que los síntomas de hiperactividad no tienen valor alguno, a la hora del diagnóstico en adultos, porque no discriminan entre el TDAH y otros, o incluso entre el resto de la población. Las quejas más habituales de los adultos con TDAH, están relacionadas con síntomas de inatención, problemas con la memoria de trabajo y por lo general, déficit de las funciones ejecutivas.

Frecuentemente, los síntomas de inatención no se desarrollan a la vez que los síntomas impulsivos hiperactivos. Lo más habitual, es que haya un retraso de entre 2 y 4 años, antes de que se manifiesten de forma significativa. Por tanto, es posible que una persona reciba un diagnóstico de TDAH de tipo hiperactivo a la edad preescolar y que cambie a TDAH de tipo combinado, cuando entre en la educación primaria.

Existe una disminución gradual de los síntomas de inatención con la edad, incluso entre los 18 y los 92 años, pero es muy gradual. Disminuyen también los síntomas de hiperactividad e impulsividad durante la edad adulta, y esta reducción es más pronunciada, que la de los síntomas de inatención. En la edad adulta, las dificultades con la memoria de trabajo, y a nivel más general, con las funciones ejecutivas, son bastante problemáticas.

Este hecho, ha llevado a algunos profesionales, yo incluido, a llegar a la conclusión de que el TDAH, especialmente en su etapa adulta, es un trastorno de las funciones ejecutivas.

Pueden encontrar más información sobre ellas, en los dos cursos que dedico a las funciones ejecutivas en el TDAH. Es suficiente comentar, por ahora, que los adultos con TDAH, refieren problemas serios con la auto-regulación, porque esta capacidad está controlada por el sistema ejecutivo del cerebro.

Los síntomas impulsivos, surgen conjuntamente con los de la hiperactividad pero, en mi opinión, tardan más en disminuir que los síntomas de hiperactividad. De todos modos, se reducen en cierta medida a lo largo del ciclo vital.

Según los estudios que he realizado, la impulsividad verbal parece distanciarse de la impulsividad motora, cuando los pacientes llegan a la edad adulta. De hecho, los estudios de análisis de factores, que han analizado las estadísticas de los síntomas de TDAH en los adultos muestran un factor menor, relacionado con las características de la impulsividad verbal, a diferencia de las características de la hiperactividad motora en el listado de los síntomas en el DSM-IV. Los adultos también se quejaron, frecuentemente, de su tendencia de tomar decisiones de manera impulsiva y de experimentar impulsividad y desregulación emocional.

PROBLEMAS CON LOS CRITERIOS DEL DSM-IV PARA LOS ADULTOS

He comentado anteriormente, que los criterios del DSM-IV presentan varios problemas. Los he descrito en el curso que ofrezco en esta página web, sobre el diagnóstico y clasificación en subtipos del TDAH en niños y adolescentes. Los criterios de diagnóstico del DSM-IV, son buenos y no sugiero que se deban abandonar. Pero llevamos 16 años con ellos, y se han dedicado centenares de estudios a su evaluación. Los resultados de estos estudios sugieren, que valdría la pena realizar unos ajustes a estos criterios para mejorarlos. Una de las mejoras que creo que sería importante, es asegurar que el texto especifique, que el listado de síntomas actualmente descritos como síntomas de inatención, se modifique para describirlos como déficits de las funciones ejecutivas, problemas con la memoria de trabajo y olvidos o descuidos en las actividades cotidianas.

Los estudios demuestran, que las valoraciones de las funciones ejecutivas tienen una alta correlación con este listado de síntomas de inatención. Y de hecho, mis propios estudios demuestran, que los síntomas de inatención recogidos en el DSM-IV, están relacionados en los adultos con TDAH, directamente con las mismas áreas en las que se reflejan la memoria de trabajo, la gestión del tiempo y la autoorganización. Estos resultados sugieren, que los síntomas de inatención reflejan en realidad, éstas áreas más amplias de las funciones ejecutivas.

Los síntomas que figuran en el DSM-IV, no tienen referencias en cuanto a las etapas evolutivas. Se desarrollaron en relación con los niños, funcionan para diagnóstico en niños y sólo han sido testados con niños y, en algunos casos, la descripción de estos síntomas, no es apta para utilizar con el TDAH en adultos. Consideren, por ejemplo, los síntomas como: “tiene dificultades para jugar tranquilamente”, “se comporta como si fuera impulsado por un motor” o “trepa”. Es muy poco probable que adultos con TDAH, refieran este tipo de dificultades. Así que sería útil, que algunos de los síntomas recogidos en el DSM-IV, reflejaran la etapa adulta del trastorno.

Otra alternativa, sería incluir síntomas totalmente nuevos y que, aunque no estén presentes en el TDAH infantil, son los que se pueden llegar a manifestar en la edad adulta. Es un tema que comentaré con más detalle, cuando lleguemos a la siguiente diapositiva.

El umbral de la presencia de 6 de los 9 síntomas en cada listado, para llegar al diagnóstico de TDAH, también se ha basado en el TDAH infantil y testado sólo dentro de este contexto. Estudios más recientes con adultos, incluidos los míos, indican que el umbral de 6 síntomas, es excesivamente alto para determinar su diagnóstico. De hecho, representa el percentil 99 o incluso más alto, de la población adulta.

Usando este umbral, da la impresión de que los pacientes superan el TDAH con la edad, cuando en realidad lo que ocurre es simplemente que terminan superando los criterios del DSM. Los estudios realizados con adultos, especialmente los que incluyen muestras de la población general, indican que 4 síntomas constituirían un umbral más apropiado. Corresponde de 1,5 a 2 desviaciones típicas, sobre el promedio de los adultos en la población general y representa entre el percentil 93 y 97 aproximadamente, acorde con el mismo umbral de desarrollo general que se utiliza para identificar a los niños con TDAH.

Por tanto, recomiendo que si siguen utilizando los criterios del DSM-IV, bajen el umbral de 6 a 4 síntomas, en el caso de adultos con TDAH derivados a clínica, al tratarse de un umbral más apropiado, para estos adultos.

Además del ajuste de los límites, los médicos clínicos deberían tener en cuenta, que estas puntuaciones de corte, fueron establecidas sobre los resultados más bien de niños y no de niñas. De hecho, en el estudio de campo, había un ratio de por lo menos 3 niños por cada niña. Esto quiere decir, que los criterios del DSM y en particular estos umbrales para el diagnóstico del trastorno, están basados, en su mayoría, en resultados de niños. Se sabe que la proporción de la presencia de síntomas de TDAH, es diferente para niños y niñas, incluso en la población normal. Crear criterios basados, mayormente en los resultados de los niños, deja a las niñas en desventaja, porque con estos criterios, una niña tiene que tener un trastorno más grave en comparación con un niño, para llegar a recibir un diagnóstico de TDAH.

En mi opinión, sería más apropiado comparar las niñas con las niñas y los niños con los niños y quizás, establecer un umbral separado para ellas. Como mínimo, los médicos clínicos, deberían realizar las evaluaciones de las niñas y las mujeres con TDAH, con una escala de valoración para el trastorno que tenga baremos, primero para el grupo de edad y baremos separados para hombres y mujeres, para niños y niñas. Me parece que una escala de valoración funcionará, como un indicador más preciso del grado de desviación, en cuanto a la etapa de evolución de los síntomas de la niña, cuando se le compara con otras niñas en cuanto a datos normativos.

Por lo tanto recomiendo que, cuando realizan evaluaciones de niñas y mujeres, se guíen más por las escalas de valoración, que por el DSM-IV.

Resulta interesante, que esta diferencia entre los géneros desaparece en la edad adulta. Mis propios estudios, además de los de otros estudios científicos, indican que existen pocas diferencias o ninguna, en la prevalencia del TDAH entre hombres y mujeres, en la población adulta. De hecho, la encuesta que realicé hace, poco en una muestra representativa de adultos entre los 18 y los 92 años, no encontró ninguna diferencia en la severidad de los síntomas de TDAH, entre hombres y mujeres.

Según el DSM, para un TDAH diagnosticable, los síntomas tienen que haberse desarrollado antes de los 7 años de edad. Nunca ha existido, sin embargo, ninguna base científica para esta edad concreta. De hecho, sería muy sorprendente, que la naturaleza fuera tan precisa, a la hora de determinar el inicio de los trastornos mentales. Los estudios sugieren, que sólo un 65% de los niños, desarrollan sus síntomas de TDAH, antes de llegar a los 7 años, y por lo menos un tercio de ellos lo hicieron a una edad posterior, especialmente para los individuos que puedan tener el TDAH de tipo inatento. Mis propios estudios, además de los de otros científicos, indican que una edad de inicio entre los 12 y los 16 años, sería más apropiada para el diagnóstico de niños y adultos con TDAH. Según los estudios, por lo menos entre un 90% y un 93% de los casos de TDAH, se desarrollan antes de los 12 años.

Mis estudios también indican, que el 99% desarrollan sus síntomas antes de cumplir los 16 años. Creo que sería mejor que el DSM, especificara que los síntomas tienen que haberse desarrollado en algún momento de la infancia o la adolescencia sin especificar una edad concreta, para simplemente, no repetir el problema que existe con una edad de 7 años. Ningún trastorno mental tiene una edad precisa de inicio. En el texto que explica los criterios del DSM, se puede especificar que la franja de edad a la que se refiere con el término, de “algún momento de la infancia o la adolescencia”, indica un inicio antes de cumplir los 12 o los 16 años.

Según el DSM, los síntomas tienen que ser inapropiados, para la etapa de desarrollo del individuo y aporta un número de síntomas, como umbral para determinarlo. Para los niños, este umbral es 6 de un total de 9 síntomas. Recuerden que en el caso de los adultos, recomiendo que el umbral se baje a 4 síntomas, lo cual representaría el percentil 93 al 95 de la población adulta.

Creo que este umbral, que representa aproximadamente 1,5 desviaciones típicas sobre el promedio del grupo de edad del individuo, debería figurar como umbral específico, para determinar lo que es inapropiado para la etapa evolutiva. De otra manera, la frase se queda demasiado ambigua.

Los criterios del DSM-IV, no exigen que los síntomas que refiere el individuo estén confirmados por alguien que conoce bien al paciente. Esta situación probablemente, se debe a que los criterios fueron desarrollados para la población infantil, y los niños siempre vienen a la clínica acompañados por personas que les conocen bien, normalmente sus padres. Por tanto, no había necesidad de especificar esta confirmación.

Pero ahora, que los criterios del DSM se están aplicando a adolescentes y adultos, que pueden acudir solos a la clínica, sin que un acompañante confirme sus síntomas, me parece imprescindible especificar de forma muy directa, que la confirmación de los síntomas por parte de personas que conocen bien a los pacientes, es un requisito esencial para poder diagnosticar el TDAH.

Tal como he explicado en el otro curso que ofrezco en esta página web, sobre el diagnóstico del TDAH, los estudios indican que las personas menores de 25 o 30 años, suelen subestimar en gran medida sus síntomas y el grado de disfunción que causan. Cuanto más joven sea, más grandes son las diferencias, entre su propia percepción de sus síntomas y la percepción que tienen sus padres u otras personas, que conocen bien al paciente. Así que debería ser obligatorio, que los médicos clínicos tuviesen que confirmar los auto-informes de los adultos con TDAH, con los informes de personas cercanas, en lo que se refiere a sus síntomas, por lo menos hasta llegar a los 30 años. De hecho, lo mantendría obligatorio a lo largo del ciclo vital entero, pero la subestimación de los síntomas y la disfunción, parecen especialmente acuciante, en los menores de 30 años.

Según el DSM, es imprescindible establecer una disfunción, para poder diagnosticar el TDAH. De hecho, es un requisito para casi la totalidad de los trastornos del Eje 1. Sin embargo, el DSM no llega a definir claramente el término “disfunción”. No especifica cuál es el grupo de referencia para establecerla y el resultado es que algunos médicos clínicos emplean criterios que, en mi opinión, no son apropiados. Por ejemplo, para algunos médicos ya es una prueba suficiente, si el individuo tiene una disfunción en cualquier área vital, en relación con el coeficiente intelectual alto, Creo que se trata de un error, porque el coeficiente intelectual no es el criterio de referencia, para el rendimiento en todos los aspectos de la vida. Es simplemente, una medida que se creó para pronosticar el éxito, dentro del entorno académico. Por este motivo, está totalmente fuera de lugar, utilizar el coeficiente intelectual como un referente, para medir el rendimiento de una persona, en ámbitos fuera de lo académico.

La segunda definición de disfunción, que aparentemente emplean los médicos clínicos, y que para mí es un error, es comparar al individuo con un grupo de iguales muy específico y de alto rendimiento. Los universitarios, por ejemplo, frecuentemente se quejan de la posibilidad de tener síntomas de TDAH. Éstos parecen tener un número mayor de síntomas, que otros individuos muy especializados en la universidad, los médicos clínicos afirman que es un indicio de disfunción. En mi opinión, esta manera de establecer la disfunción es burlarse del término. Tener una disfunción, significa que la persona está impedida en relación con la población general, es decir, con una persona normal y no en relación con un grupo muy especializado de iguales, como por ejemplo, abogados o médicos que destacan u otros universitarios avanzados, con los que un alumno se relaciona.

Una disfunción, se establece en relación con el baremo para una persona normal. Con esto quiere decir, que una persona tiene que tener una disfunción significativa, o tiene que funcionar por debajo de lo normal, para poder considerarse una persona con disfunción y por tanto, con un trastorno.

Me parece un buen criterio, para emplear en el diagnóstico específico del TDAH, igual que para otros trastornos mentales.

Y para terminar, el DSM especifica, que una persona tiene que tener disfunción en un número específico de áreas. Estas áreas suelen ser, el hogar, el entorno escolar y laboral. Pero existen otras numerosas actividades importantes de la vida diaria, en las que participan los adultos y que en mi opinión, se deberían incluir en el DSM. Están por ejemplo, la relación de pareja y el matrimonio, la crianza de los hijos, la gestión económica, la conducción, etc. Son actividades importantes de la vida diaria que, en mi opinión, se deberían incluir como áreas posibles de disfunción, cuando se valora este concepto, cara a la hora de cumplir con los criterios del diagnóstico.

SÍNTOMAS EN LOS ADULTOS

Como ya he comentado anteriormente, creo que es necesario que desarrollemos nuevos síntomas de TDAH en adultos, que reflejen la etapa evolutiva del trastorno, en vez de seguir dependiendo de síntomas, que fueron desarrollados para niños y testados en la población infantil. Cuando mi compañero Kevin Murphy y yo, trabajamos juntos en la Universidad de Massachusetts, realizamos un estudio de cinco años que contaba con una subvención federal para la investigación.

Uno de los objetivos de este estudio, fue identificar nuevos síntomas que podrían ser más apropiados para el TDAH en adultos, que los criterios actuales del DSM-IV. Examinamos 91 síntomas nuevos, la mayoría en relación con las funciones ejecutivas, además de los autoinformes de adultos con TDAH, que habíamos tratado en nuestra clínica.

Comparamos estos síntomas con los criterios del DSM-IV, y encontramos que varios de los síntomas que identificamos, funcionaban mejor para diferenciar los adultos con TDAH, de adultos con otros trastornos clínicos y de adultos de la población general.

Esta diapositiva, muestra los resultados de ese estudio. Cuando comparamos los síntomas de las funciones ejecutivas y los síntomas del DSM-IV, encontramos que nuestro listado de síntomas fue más preciso, a la hora de identificar el TDAH en adultos. He colocado los síntomas en el orden de su capacidad de diagnóstico, es decir, según sus posibilidades de diferenciar el TDAH de otros trastornos y de la población general. Los síntomas que figuran en la parte superior del listado, son los más determinantes para el TDAH. Aquí pueden observar, que el síntoma de “facilidad para dejarse distraer por estímulos o acontecimientos superfluos”, fue muy útil para el diagnóstico de TDAH en adultos. Pero encontramos, que síntomas relacionados con las funciones ejecutivas, como por ejemplo, “tomar decisiones de forma impulsiva”, “tener dificultades para terminar una actividad o una conducta cuando sea necesario” etc., fueron mucho más útiles para identificar el TDAH, que los síntomas en el listado del DSM-IV.

Aquí pueden observar, varios de estos síntomas. El número 4, por ejemplo, “frecuentemente inicia un proyecto o una tarea sin leer o escuchar cuidadosamente las instrucciones”, el número 5, “frecuentemente no cumple promesas o compromisos, que hace con otras personas”. Fíjense en el número 6, “frecuentemente tiene dificultades para realizar actividades en el orden o en la secuencia indicados”. Los estudios indican, que las personas con TDAH a menudo tienen dificultad para formular sus conductas e ideas en una secuencia adecuada, para cumplir un objetivo. Este síntoma parece reflejar esa dificultad.

Observen bien el síntoma 7. Uno de los síntomas muy identificadores del TDAH, es la probabilidad de exceder los límites de velocidad al conducir. Numerosos estudios, incluidos todos los míos, que evaluaron la conducción de vehículos por personas con TDAH, encontraron un exceso de velocidad. Estos estudios indican, que adultos con TDAH, reciben 4 o 5 veces más multas por exceso de velocidad que la población general. Por tanto, no sorprende que sea un síntoma muy identificado del TDAH en adultos.

Para los adultos que viven en grandes ciudades como Nueva York, donde es más frecuente desplazarse en taxi, que tener coche propio, existe otro síntoma identificador muy útil que se puede sustituir por el de la conducción, que es “frecuentemente tiene dificultades para participar en actividades de ocio o entretenerse tranquilamente”.

Los últimos dos síntomas, los números 8 y 9, son del DSM-IV. Los considero como síntomas opcionales, porque en realidad no fueron esenciales para identificar el TDAH.

De hecho, sólo aportan un 1% de capacidad discriminadora adicional, a los primeros 7 síntomas en la lista. Pero ese 1% puede resultar útil. Así que, cuando evaluamos este listado en cuando a la estadística, encontramos que el mejor umbral para identificar a adultos con TDAH, en comparación con adultos con otros trastornos o con la población general, podrían ser 4 de los primeros 7 síntomas, o 6 de la totalidad de los 9 síntomas. Así que, por lo general, este listado de criterios funciona mejor que los del DSM-IV actual.

Entregamos este listado de síntomas al comité del DSM-V, y a partir de ahora, los médicos clínicos podrían empezar a guiarse por estos criterios, para el diagnóstico de adultos con TDAH, ya que también se han utilizado para realizar varios estudios adicionales que han llegado a las mismas conclusiones que nosotros: este listado de síntomas parece ser uno de los mejores, para diferenciar los adultos con TDAH, de adultos con otros trastornos y adultos, y adultos en la población general.

DEFINICIÓN DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS

Como expliqué anteriormente, muchos especialistas, yo incluido, creemos que el TDAH es un trastorno de las funciones ejecutivas. No todo el mundo está de acuerdo con esta conclusión en particular, y en un momento explicaré por qué. Mientras tanto sería útil, que comenzáramos por definir las funciones ejecutivas.

Aunque es un término que se emplea frecuentemente en la bibliografía de la neuropsicología y en los textos científicos sobre el TDAH, es muy ambiguo. De hecho, en la bibliografía existen más de 30 definiciones distintas. He revisado estas definiciones en mi nuevo libro, publicado en enero de 2012, sobre Las Funciones Ejecutivas y la Autorregulación.

En este libro, propongo una nueva definición de las funciones ejecutivas y un nuevo modelo teórico de las funciones ejecutivas, como fenotipo ampliado. Identifico por lo menos 33 construcciones que han sido incluidas en estas definiciones de las FFEE. En mi opinión, este gran número de construcciones diluye el concepto de las FFEE, hasta tal punto, que resulta muy difícil utilizar el concepto en sí de forma científica. Así que, es necesario una mayor especificación y una descripción mas precisa de las FFEE.

Recientemente, las personas que trabajan en el campo del TDAH, han descrito las funciones ejecutivas como esos procesos mentales, que se utilizan para mantener la resolución de problemas, hacia la consecución de un objetivo. Aunque Welch y Pennington, fueron entre los primeros en proponer el uso de esta definición en sus estudios sobre el TDAH, reconocieron que esta descripción de una de las funciones principales de la corteza pre-frontal o del cerebro ejecutivo, fue creada por Luria.

Y este último, en sus textos, atribuye esta definición del funcionamiento del lóbulo frontal a Behkterev, un científico que trabajaba en la Unión Soviética al inicio del siglo XX, y estudiaba las funciones de la corteza pre-frontal.

Ahora bien, esta definición es bastante ambigua, tal como he comentado en otros cursos sobre las FFEE en esta página web, porque el término “esos procesos mentales”, deja lugar para incluir en esta construcción una gran variedad de procesos. Esas 33 funciones ejecutivas diferentes, identificadas por los expertos que mencioné anteriormente, demuestran que “esos procesos” es un termino tan amplio que es fácil abusar de él.

Me parece que una definición más útil, aunque sigue siendo bastante ambigua, es la que aporta Lezak en su libro, sobre la evaluación neuropsicológica, en la que identifica las funciones ejecutivas como esas capacidades que hacen posible que una persona realice con éxito conductas independientes, intencionadas e interesadas.

Estoy de acuerdo con esta definición, aunque preferiría, que en vez de utilizar el término “esas capacidades”, se especificasen cuáles son.

De todos modos, Lezak dice, que las funciones ejecutivas incluyen la voluntad, la planificación, acciones intencionadas con vistas a conseguir objetivos en el futuro, y el rendimiento efectivo. Todos son necesarios, para que una persona llegue a ser un adulto socialmente responsable y capaz de conseguir los objetivos necesarios para su bienestar.

En mi nuevo libro de texto, publicado en mayo de 2012, defino las funciones ejecutivas, como las acciones auto-dirigidas que sirven como autorregulación, ayudan al individuo a elegir, actuar y mantener las acciones en el tiempo, para conseguir objetivos. Estas funciones ejecutivas normalmente, ocurren dentro del contexto de otros objetivos, y el individuo depende de medios socio-culturales para obtenerlos. Este tipo de autorregulación, se realiza para maximizar el bienestar del individuo a largo plazo, según la definición, que el individuo aplica al término bienestar. Lo importante de esta definición, es que afirma que las funciones ejecutivas, son acciones dirigidas hacia uno mismo, que se utilizan para la autorregulación. Es decir, son conductas dirigidas hacia uno mismo, que se utilizan para cambiar la conducta del individuo e influir sobre la probabilidad de un evento o consecuencia futura. El individuo emplea esta auto-regulación en el tiempo, para conseguir sus objetivos y, como apunta Lezak en su definición del término, se realiza en gran parte dentro de un contexto social.

Pero a diferencia de otras definiciones de las funciones ejecutivas, yo especifico que los individuos frecuentemente utilizan a otras personas, además de mecanismos o métodos culturales, para conseguir sus objetivos y velar por su bienestar, a largo plazo.

UN REPASO DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS

Como comenté anteriormente, existe cierta polémica dentro del campo del TDAH, de si se trata o no de un trastorno de las funciones ejecutivas. En esta diapositiva pueden observar las funciones ejecutivas más frecuentemente identificadas. Son la inhibición, además del control de las interferencias o la resistencia a las distracciones, la autoconciencia, los dos tipos de memoria de trabajo, conocidos como verbal y no verbal, el autocontrol emocional y de motivación, y la planificación y la resolución de problemas.

La mayoría de las personas que trabajan con las funciones ejecutivas, estarán de acuerdo en que las funciones de este listado son ejecutivas, aunque normalmente no suelen especificar los criterios operacionales que emplean, para determinar que son, en realidad, habilidades ejecutivas.

Admitamos, de momento, que estas son las funciones ejecutivas. Cuando se desarrollan las baterías de pruebas, para medir estas construcciones y las administran a niños y adultos con TDAH, los estudios encuentran que sólo un tercio, o como mucho la mitad de ellos, se sitúan dentro de los parámetros de disfunción de estos tests. Estos resultados han llevado a algunos individuos a la conclusión, de que el TDAH no es un trastorno de las funciones ejecutivas, porque sólo una minoría de las personas con el trastorno, demuestra disfunciones, según estos tests. En mi opinión, esta conclusión se basa en una premisa errónea. Estos tests, no son el método de referencia para medir las funciones ejecutivas.

Al fin y al cabo, tengan en mente que los estudios de neuroimágenes, muestran que la corteza pre-frontal está involucrada en el TDAH, igual que varios de los circuitos que la conecta a otras zonas cerebrales. La corteza prefrontal es el cerebro ejecutivo y, por tanto, si el TDAH es un trastorno de esta zona del cerebro, la conclusión lógica es que se trata de un trastorno de las funciones ejecutivas.

Sin embargo, los científicos insisten en decir que no lo es, o que sólo un subgrupo de personas con TDAH tiene déficit de las funciones ejecutivas. Pero como ya he comentado, esta afirmación está basada en la premisa de que los tests de las funciones ejecutivas constituyen, hasta ahora, la mejor manera de medirlas, algo con lo que yo no estoy de acuerdo.

LAS 5 FUNCIONES EJECUTIVAS EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Consideremos, por ejemplo, las escalas de valoración de las funciones ejecutivas. Existen por lo menos dos de estas escalas, para evaluar a los adultos, en las actividades de la vida diaria. Son la Behaviour Rating Inventory of Executive Functioning (BRIEF) y las escalas de valoración numérica de déficit de las funciones ejecutivas, que yo mismo he desarrollado y que fueron publicadas en abril de 2012. En mi escala de valoración, se encontraron por lo menos 5 áreas de las funciones ejecutivas, que podemos identificar en la vida diaria. Desarrollamos 91 síntomas de las FFEE y los sometimos a un análisis de factores y estos son los 5 componentes principales, que fueron identificados a raíz de este análisis.

La primera es: la inhibición o lo que llamamos auto-control, y los síntomas en este listado reflejaron dificultades con la inhibición motora, verbal y cognitiva y con la impulsividad emocional.

La segunda área, es la autogestión del tiempo, la capacidad de considerar las consecuencias pasadas y futuras, antes de actuar, y la capacidad de organizarse en relación con el tiempo y con las fechas límites.

La tercera área, es la autoorganización y la resolución de problemas y los síntomas, relacionados tienen que ver con la capacidad del individuo de organizarse a sí mismo y a los materiales necesarios para cumplir sus objetivos, así como a la capacidad de innovar, resolver problemas cuando encuentra obstáculos, organizar conductas en secuencias apropiadas para ser efectivo o generar múltiples maneras para conseguir dichos objetivos.

La cuarta área que identificamos, es la auto-motivación o la capacidad del individuo de utilizar imágenes, palabras y otros recursos, para generar una motivación positiva, en relación con un objetivo. Hay algunos síntomas de las emociones que afectan a esta área, pero estos síntomas estaban más relacionados, con la quinta área, que tiene que ver con la autorregulación emocional. Así que pudimos demostrar que, aunque el auto-control de la motivación y el de las emociones se solapan y se correlacionan, también se diferencian hasta cierto punto. Encontramos que, estas eran las 5 áreas que identificaban las FFEE en la vida diaria, tanto en muestras de la población general, como para los adultos con TDAH.

Con estas escalas de valoración, pudimos demostrar que tanto los adultos con TDAH como los niños cuyo TDAH había persistido hasta la edad adulta, tenían muchas probabilidades de tener disfunciones, según una o más de las escalas. De hecho, los resultados de varios de mis estudios demuestran, que entre un 90% y un 98% de los adultos con TDAH, mostraban deficiencias o figuraban como disfuncionales según mi escala de valoración.

Comparen estos resultados, con el hecho de que sólo un tercio, o incluso menos, de estos mismos adultos, figuraban como disfuncionales en las baterías de tests de las funciones ejecutivas. Por lo tanto, si se miden estas funciones por las baterías de tests, se llega a la conclusión de que el TDAH en adultos no es un trastorno de las FFEE. Sin embargo, si se miden con las escalas de valoración, se llega a la conclusión de que el TDAH es, de hecho, un trastorno de las FFEE, porque la inmensa mayoría de los individuos diagnosticados con TDAH, muestran disfunciones de las FFEE en las actividades de la vida diaria.

Entonces, ¿cuál es la mejor manera de evaluar las funciones ejecutivas, los tests o las escalas de valoración? Contestamos esta pregunta, a través de varios estudios que publicamos el año anterior, en los que correlacionamos, por un lado, los tests con mediciones de disfunción en un gran número de actividades importantes de la vida diaria, como por ejemplo, el rendimiento laboral, el historial educativo, la conducción, conductas delictivas, funcionamiento de pareja y la crianza de los hijos, entre ellas. Y por otro lado, correlacionamos también las escalas de valoración de las funciones ejecutivas que pueden observar aquí, con estas mismas mediciones de disfunción, en las principales actividades de la vida diaria.

Los resultados de nuestros estudios fueron los siguientes: primero, había muy poca o ninguna correlación entre los tests y las escalas. De hecho, las correlaciones mostraron que estas dos maneras de evaluar las funciones ejecutivas, comparten menos que un 10% de la varianza y muchas de estas correlaciones, no fueron significativas. Entonces, independientemente de lo que mide cada método, está claro que son cosas muy distintas.

Los resultados, en cuanto al pronóstico de disfunción, también están a favor de las escalas de valoración. Encontramos que sólo unos cuantos de los tests de las FFEE, fueron capaces de pronosticar disfunciones. En el caso del rendimiento laboral, por ejemplo, los tests midieron la inhibición y la memoria de trabajo no-verbal. Más específicamente, fueron medidas de errores de comisión, en una prueba de rendimiento continuado, además de la variabilidad del tiempo de reacción y la prueba de los 5 puntos que mide la fluidez no-verbal.

También encontramos que en muchas de las áreas de disfunción, las escalas de valoración de las FFEE, encontraron en nuestras muestras, una varianza de disfunción entre 3 y 5 veces mayor, que la de los tests, muchos de los cuales no funcionaban para nada, a la hora de pronosticar disfunciones en estas actividades principales de la vida diaria. Así que, si la capacidad de pronosticar disfunciones, es un índice válido de medición, las escalas de valoración de las FFEE, son más válidas que las baterías de tests de las FFEE. Por este motivo, propongo que es necesario utilizar las escalas de valoración, para evaluar a los adultos con TDAH y no depender de las baterías de tests como la única referencia, para determinar la presencia de trastornos de las FFEE relacionados con el TDAH.

ESTUDIO DE ADULTOS CON TDAH DERIVADOS A CLÍNICA (Barkley & Murphy, 2010)

Estos son los resultados de uno de nuestros estudios y muestran claramente la pauta que acabo de describir. Observen aquí, esta es la escala de valoración de las funciones ejecutivas, que se utilizó en este estudio. Es el prototipo de la versión final, que se publicó. Por otro lado, figura aquí la batería de tests de las funciones ejecutivas. Comparamos 3 grupos de adultos: los que tenían un diagnóstico correcto de TDAH, los que no tenían TDAH pero sí tenían otros trastornos, por los que estaban recibiendo tratamiento en la misma clínica, para adultos con TDAH, y un grupo de control de la comunidad. Lo que observamos aquí es que, los adultos con TDAH y los que tenían otros trastornos clínicos, mostraron un alto grado de disfunción, según la escala de valoración del TDAH. Se observa que entre un 90% y un 100% de estos adultos, figuraban dentro del parámetro de la disfunción, es decir, por debajo del percentil 7 en esta escala. También demostraron un grado de disfunción notable, en relación con el porcentaje de la población que tiene este tipo de disfunción.

Y ahora observen, los resultados de los tests, donde encontramos que muy pocos individuos con TDAH o con otros trastornos clínicos, figuran dentro del parámetro de la disfunción en esta batería de tests de las funciones ejecutivas. De hecho, muchos de estos resultados, no se distinguen de manera significativa, del grupo de control que vemos en la tercera barra que hay encima de cada una de estos tests.

Así que este estudio indica, que si se utilizan escalas de valoración, la totalidad de los adultos con TDAH demuestran disfunciones en todos los aspectos, mientras que según los tests pocas de estas personas tienen una disfunción. Pero si piensan que este resultado es simplemente una casualidad, examinemos otro estudio que realicé, el Estudio Longitudinal de Milwaukee.

ESCALAS DE LAS FFEE VS. TESTS – ESTUDIO LONGITUDINAL DE MILWAUKEE

En este estudio, hicimos un seguimiento de una muestra grande de niños con TDAH, desde la infancia hasta la edad adulta. A los 27 años, separamos estas personas en dos grupos, los que tenían un TDAH persistente y los que, o habían superado el trastorno o que todavía tenían síntomas, pero no suficientes para mantener el diagnóstico de TDAH. Seguimos también, un grupo de control de niños de los mismos barrios, durante el mismo período de tiempo. Aquí usamos la misma escala de valoración de las funciones ejecutivas, el prototipo de la escala que publiqué, y otra batería de tests creados para medir las funciones ejecutivas.

Aquí vemos exactamente los mismos resultados. Los individuos que tenían TDAH en la edad adulta, tenían grandes probabilidades de mostrar disfunciones en todas las medidas de las funciones ejecutivas, según la escala de valoración, y desde luego, mostraron un mayor grado de disfunción, que las personas con TDAH no persistente hasta la edad adulta. Esas personas tenían un mayor grado de disfunción, que el grupo de control. Así que el TDAH está reflejado por déficit en las funciones ejecutivas en la vida diaria, tal como está medido en esta escala de valoración, según el grado del trastorno que persiste hasta la edad adulta.

Vemos que aquí de nuevo ocurre lo contrario, con la batería de tests de las funciones ejecutivas: no mostró disfunción en muchos de los participantes de este estudio. De hecho, la mayoría de los tests, no encuentra diferencias significativas entre los tres grupos. Por tanto, este estudio demuestra la misma pauta que el estudio previo de adultos con TDAH, derivados a clínica. Si se utilizan las escalas de valoración, la mayoría de las personas con TDAH tienen disfunción, pero si se utilizan las baterías de tests la mayoría de estas personas no tienen disfunción. Tal como he comentado anteriormente, creo que los resultados de todos nuestros estudios indican, que las escalas de valoración demuestran una mayor fiabilidad que los tests, a la hora de pronosticar disfunciones en las actividades principales de la vida diaria y por tanto, estoy a favor de utilizar las escalas de valoración, para la evaluación clínica de las funciones ejecutivas en los adultos.

REVISIÓN DE LOS SUBTIPOS

Ahora vamos a hablar de los subtipos de TDAH. Como he señalado en mi otro curso sobre el diagnóstico, el DSM-IV estipula que existen 3 tipos de TDAH. Hay personas que cumplen con el umbral de 6 síntomas, en cada uno de los dos listados de síntomas y son los casos del llamado TDAH de tipo combinado. Hay otras personas, que sólo cumplen el umbral en el listado de síntomas de inatención, que tienen el TDAH inatento, y los que sólo cumplen el umbral de síntomas del listado de hiperactividad, que tienen TDAH de tipo hiperactivo-impulsivo.

Tengan en cuenta, que la gran mayoría de los adultos a los que atendemos en la clínica, entre el 50 y el 65% de ellos, cumplen los requisitos del TDAH de tipo combinado. Del resto de estos individuos, aproximadamente un 30%, cumplen los requisitos para el TDAH de tipo inatento y un número mucho menor, normalmente sólo de un 5 a un 10%, cumplen los requisitos para tener el TDAH de tipo hiperactivo, así que se trata de algo poco frecuente dentro de la población.

Los estudios indican, que estos subtipos no son especialmente útiles a nivel científico, para identificar a los distintos grupos de individuos con TDAH. De hecho, estos subtipos se contaminan mutuamente.

Una persona puede tener hiperactividad durante la edad preescolar y a la edad de iniciar la escuela primaria, desarrollar un TDAH de tipo combinado, al presentar síntomas significativos de inatención; y más adelante, a medida que la hiperactividad va disminuyendo, no cumplen con los 6 síntomas necesarios del listado hiperactivo y llegan a la edad adulta, con TDAH de tipo inatento.

Estas personas no han cambiado de tipo de TDAH. Lo que ha ocurrido simplemente, es que han madurado. No han dejado de tener TDAH. Los síntomas se modifican en cierta medida con la edad y, con el proceso de madurez, termina cambiando de categoría o subtipo del trastorno. Una manera más coherente para abordar este tipo de clasificación, podría ser separar las personas con TDAH y un trastorno de conducta comórbida, de las que no lo tienen.

Explico el razonamiento de esta división de subtipos, en el curso que ofrezco sobre el diagnóstico y clasificación en subtipos y también en el curso sobre la comorbilidad, ambos en esta página web.

Las personas que no llegan al umbral para un TDAH de tipo combinado, porque les faltan sólo 1 o 2 síntomas, se clasificarían como un TDAH de tipo combinado más leve. Si quitamos estos dos grupos y los colocamos aquí dentro del TDAH de tipo combinado, nos quedamos con aproximadamente un 30 a un 50% clasificados, como TDAH de tipo inatento.

Los estudios han demostrado, que estas personas se caracterizan por un particular conjunto de síntomas, distinto en muchos sentidos, de las personas con TDAH de tipo combinado. Los investigadores refieren a las personas que pertenecen a este subtipo, como individuos con Tempo Cognitivo Lento. Yo creo, al igual que muchos profesionales, que el TCL es un trastorno de atención, cualitativamente distinto al TDAH. Permítanme que les explique por qué.

TEMPO COGNITIVO LENTO EN ADULTOS

Creo que el Tempo Cognitivo Lento, es un trastorno distinto al TDAH, por los motivos siguientes. Para empezar, los síntomas de TCL son notablemente distintos a los de TDAH, y se caracterizan por problemas significativos que incluyen, estar ensimismado, estar en las nubes, demostrar confusión mental, moverse con lentitud, tener con frecuencia la mirada perdida, ser hipo activo, de reacción motora lenta, estar letárgico y a veces somnoliento. Estas pautas constituyen un trastorno que se llama Tiempo Cognitivo Lento, como dije anteriormente. Los síntomas del TCL se dividen aparentemente, en un mínimo de 2 áreas.

La primera, que figura aquí arriba, es la dimensión de ensimismamiento, confusión mental y somnolencia, y la segunda área, recoge el movimiento lento, el letargo y el tiempo de reacción motora lenta.

Los estudios demuestran, por cierto, que esta primera área de inatención, de ensimismamiento y somnolencia, es la que más diferencia el TCL de la población general y de las personas con TDAH, de tipo combinado.

Otros estudios sugieren, que las personas con TCL podrían tener disfunciones o dificultades con la velocidad y precisión, a la hora de procesar información. También sugieren, que tienen dificultades con la atención selectiva o dirigida, que se refiere a la velocidad con la que son capaces de diferenciar datos importantes de los que no lo son, cuando tienen que procesar información con rapidez. Las personas con TCL frecuentemente, demuestran tiempos de reacción muy lentos, cometen más errores por omisión, (los errores de inatención en los tests de rendimiento continuo) y también es más lenta, su manera de procesar información, a través de diversas tareas y situaciones.

Hace poco, Richard Mileage, Adams y otros, han propuesto que el TCL podría representar una forma patológica de divagación mental.

Hay más información sobre el TCL y la divagación mental, en mi curso sobre Clasificación en Subtipos y Diagnóstico. Aquí figuran algunas de las referencias, que apoyan estas conclusiones sobre el TCL.

MÁS SOBRE EL TCL

Existen otras diferencias entre las personas con TCL, las que tienen TDAH y los grupos de control. A diferencia de las personas con TDAH, que frecuentemente son perturbadoras, locuaces, emocionales, expresivas e intrusivas, los individuos con TCL son introvertidos, socialmente reticentes, aprensivos e incluso llegan a sentir ansiedad, dentro de determinadas situaciones sociales. Estas personas no tienen problema ninguno con la impulsividad o la inhibición. Tampoco muestran dificultades con la desinhibición cognitiva, motora, verbal o emocional. En todo caso, a veces, son demasiado inhibidas. Las personas con TCL, frecuentemente no demuestran disfunciones en las baterías de tests de las funciones ejecutivas y a menudo, su puntuación es mucho mejor, que la conseguida por los individuos con TDAH.

De hecho, algunos científicos, como Mary Solanto y otros, han llegado a la conclusión de que el TCL no es un trastorno de las funciones ejecutivas, por lo menos no tal como se viene definiendo, según las medidas psicométricas de las éstas. Cuando se utilizan escalas de valoración, para evaluar las funciones ejecutivas, las personas con TCL pueden manifestar algunas disfunciones en la actividad de la vida diaria, pero su grado de disfunción es mucho menor que el de los adultos con TDAH, con una excepción.

Los resultados de nuestros estudios mostraron, que los adultos con TCL, tenían una disfunción igual o incluso mayor en el área de nuestra escala de valoración, en cuanto a la auto-organización y la resolución de problemas.

Por tanto, se sugiere que en esta dimensión de las funciones ejecutivas en la vida diaria, el TCL es tan perturbador como el TDAH en los adultos.

Aquí pueden ver, algunas de las referencias que apoyan estas conclusiones.

CARACTERÍSTICAS ADICIONALES DEL TCL

La comorbilidad, es otra diferencia entre el TCL y el TDAH. Las personas con TCL, tienen índices muy bajos de agresión social y muy poca probabilidad de desarrollar síntomas de trastorno negativista o trastorno de conducta. En consecuencia, es muy poco probable que reciban un diagnóstico de personalidad antisocial o trastorno de drogodependencia, en el futuro. De hecho, los índices para estos trastornos en personas con TCL, son muy parecidos a los de la población general. Cuando estudiamos los niños con TCL, encontramos que sus padres demuestran niveles muy bajos de estrés parental y frecuentemente, refieren que sus hijos se portan relativamente bien. Su preocupación principal, es el rendimiento escolar. El TCL en niños y adultos, se ha visto relacionado más bien con síntomas de ansiedad. No está claro, si también existe una relación con la depresión. Aparentemente, ambos grupos tienen las mismas probabilidades de sufrir una depresión, con un riesgo de entre un 20 y un 30%, de desarrollar este conjunto de síntomas.

Tal como he comentado, cuando estudiamos los niños con TCL, las preocupaciones de los padres suelen centrarse en el rendimiento escolar, y no demuestran gran preocupación o angustia por la conducta del niño. Esta reacción supone un contraste notable con la de los padres de niños con TDAH, que refieren angustia, en relación con numerosas situaciones distintas y están preocupados por el bienestar de sus hijos, en numerosas actividades importantes de la vida diaria. Cuando estudiamos el historial escolar de los niños con TCL, vemos que este trastorno está relacionado con dificultades con la precisión de los trabajos realizados, mientras el TDAH está relacionado con la productividad, es decir, la cantidad de trabajo realizado, dentro de un período específico de tiempo.

De hecho, las personas con TDAH, sólo muestran un 10% menos de precisión en su trabajo, en comparación con la población general. La gran diferencia reside en la cantidad de trabajo realizado. En comparación con otras personas, trabajan muy poco. El TCL es, a diferencia del TDAH, un trastorno no de la productividad si no de la precisión.

Algunos estudios de niños con TCL, sugieren que tienen mayores probabilidades de tener dificultades con las matemáticas o con trastornos de las matemáticas, conocidos como discalculias, que los niños con TDAH, que tienen mayores probabilidades de tener dificultades con trastornos de lectura, ortografía, lenguaje, especialmente lenguaje expresivo, la comprensión lectora, auditiva y de visionado. Estos últimos déficits, están relacionados con dificultades con la memoria de trabajo. El estudio que yo he realizado, sugiere que el TCL está relacionado con una mayor probabilidad de trastornos de ansiedad y trastornos de aprendizaje, en el historial familiar de estos niños, pero se trata de un solo estudio, que debería ser duplicado antes de considerar conclusivos, los resultados obtenidos. Cuando vean un interrogativo en una diapositiva, significa que hay pocos datos disponibles para poder extraer conclusiones definitivas.

MÁS SOBRE EL TCL (EN ADULTOS)¹

Hace poco realicé un estudio sobre el TCL, con una muestra representativa de la población adulta estadounidense, entre los 18 y los 92 años. Este estudio se publicó en el *Journal of Abnormal Psychology*, y representa el primer estudio del TCL en adultos. Los resultados indican, que los síntomas de TCL tienen una edad de inicio más tardía, que los del TDAH y que a menudo, se desarrollan al final de la infancia o al inicio de la adolescencia, y no al inicio de la infancia como el TDAH. No encontramos diferencias por género, en la frecuencia o severidad de los síntomas del TCL, mientras que el TDAH, por lo menos durante la infancia, sí las muestra. Tampoco encontramos disminución de los síntomas de TCL, a lo largo del ciclo vital, pero nuestro estudio demostró, igual que otros, que los síntomas del TDAH, especialmente hiperactividad y desinhibición, disminuyen de forma significativa con la madurez.

Muchos estudios, han examinado la prevalencia del TDAH en adultos y la han situado entre un 4,5 y un 5%. Nuestro estudio de prevalencia del TCL, la situó en un 5,8% si no se aplicaba ningún criterio de disfunción. Sin embargo, si se sumaba la disfunción al umbral de un mínimo de 5 síntomas de TCL, la prevalencia bajaba hasta un 5,1%. Por tanto, un buen umbral para el diagnóstico de TCL, sería 5 de 9 síntomas, además de la presencia de la disfunción, en por lo menos 1 de las principales actividades de la vida diaria.

Por cierto, mi escala de valoración del TDAH en adultos, publicada hace poco, incluye una subescala, que se puede utilizar para medir los síntomas del TCL e incluye baremos, para una muestra de la población general de adultos, en los Estados Unidos.

Nuestros resultados indicaron, que el TCL es un trastorno distinto al TDAH. Un 46% de las personas con TCL, no cumplieron los requisitos para ningún tipo de TDAH, mientras un 54% reunieron los requisitos para un TDAH diagnosticable, la mayoría de tipo inatento. Estos resultados sugieren, que la clasificación de muchos individuos diagnosticados con TDAH de tipo inatento, podría ser inapropiada, porque se trata en realidad de casos de TCL. Sea como sea, los resultados de nuestro estudio sugieren, que el TCL es un trastorno distinto al TDAH, aunque en algunos casos puede tratarse de una comorbilidad.

TCL VS. TDAH EN ADULTOS SEGÚN LAS ESCALAS DE VALORACIONES DE LAS FFE

Estos son los resultados conseguidos con la aplicación de mi escala de valoración de las funciones ejecutivas, en este estudio en el que examinamos un grupo de control de adultos, representado aquí por la barra blanca, un grupo de adultos que sólo tenían TCL, un grupo de adultos que sólo tenían TDAH y un grupo de adultos que tenían ambos trastornos comórbidos. De nuevo vemos las 5 áreas de déficit de las funciones ejecutivas que figuran en mi escala de valoración. Lo que pueden observar aquí, es que los individuos con TDAH, especialmente si está combinado con el TCL, habitualmente muestran disfunciones en las áreas de las funciones ejecutivas, en esta escala de valoración.

Encontramos que los individuos con TCL, también tenían disfunciones en estas áreas, en algunos casos, con el mismo grado de severidad que las personas con TDAH y en otros, con un grado de disfunción aún mayor que los adultos con TDAH. Observen aquí, por ejemplo, en el área que refleja la auto-organización y la resolución de problemas. La barra roja, que representa el grupo de adultos que sólo tiene TCL, muestra una disfunción considerablemente mayor, que los adultos que sólo tienen TDAH, en esta dimensión de las funciones ejecutivas.

Entonces, ambos trastornos aparentemente interfieren con las funciones ejecutivas en la vida diaria, aunque no afectan necesariamente el rendimiento en las baterías de tests, de dichas funciones. Está claro, que los adultos con ambos trastornos comórbidos, muestran un grado de disfunción de las funciones ejecutivas mucho mayor, que los adultos que sólo tienen uno de estos dos trastornos.

DISFUNCIONES EN TCL VS TDAH

Este mismo estudio, recogió las mediciones de disfunción según mi Escala de Disfunción Funcional, que se cita al pie del diagrama. Esta escala, también está publicada y se puede utilizar para identificar autoinformes y otros informes de disfunción psicosocial. La escala de valoración, incluye baremos para una población general estadounidense. Observen las 15 áreas de disfunción, representadas en esta escala y aquí de nuevo, comparamos los mismos 4 grupos de personas que figuran en la leyenda del diagrama.

No tenemos tiempo, para repasar cada una de estas áreas dentro de este curso, pero voy a señalar algunas de las diferencias que encontramos entre estos grupos.

Observen que encontramos, que las personas que sólo tenían TCL o TDAH, refirieron los mismos niveles de disfunción, en cuanto al cumplimiento de sus responsabilidades diarias en el hogar. Encontramos que los individuos con TCL, mostraron una mayor disfunción en el entorno laboral, que los que tenían TDAH. Estos al contrario, mostraron disfunciones mayores en otras áreas, como la conducción, el cuidado de los hijos, los autocuidados, además del desempeño de sus responsabilidades diarias y la interacción con amigos y desconocidos, como pueden observar aquí. Fíjense de nuevo, que los individuos que tenían ambos trastornos, tenían disfunciones notablemente mayores en estas áreas, que los que sólo tenían uno de estos trastornos de la atención.

Estos resultados indican, que el TCL es un trastorno perjudicial en muchas de estas áreas, posiblemente no tanto como el TDAH, pero desde luego, sí en comparación con la población general. En ciertas áreas, sin embargo, el TCL es más perjudicial que el TDAH en adultos y estas áreas son: el funcionamiento en el entorno laboral y en el entorno escolar.

Por tanto, el TCL es un trastorno distinto al TDAH, que es perjudicial en numerosas de las actividades principales de la vida diaria y crea disfunciones distintas a las del TDAH.

¿CUÁL ES LA NATURALEZA DEL TCL?

¿Cuál es la naturaleza del TCL? No está clara. Tal como he descrito en otros cursos, que ofrezco en esta página web, el TCL es un trastorno de inatención distinto y probablemente refleja una disfunción en los circuitos de atención, relacionados con la atención focalizada y la velocidad del procesamiento de la información. Es posible que el TCL, también sea un trastorno del estado de alerta, quizás una forma más leve de la narcolepsia, aunque no está claro.

El hecho de que estas personas son letárgicas, de movimientos lentos, hipoactivas y a veces somnolientas, concuerda con esta hipótesis en concreto, pero no deja de ser simplemente una hipótesis.

No existen estudios, sobre la relación del TCL con la narcolepsia. Más recientemente, como ya he comentado, algunos científicos sostienen que el TCL podría tratarse de una forma patológica de divagación mental. La divagación mental o el soñar despierto, puede constituir una utilización constructiva de la capacidad de las funciones ejecutivas, cuando éstas, no son necesarias para cumplir un objetivo o tarea primaria.

Consideremos, por ejemplo, el acto de ir al trabajo en coche. Cuando se hace de manera repetida, se convierte en una conducta relativamente automatizada para conseguir un objetivo y deja libre una gran cantidad de las funciones ejecutivas. Como resultado, el individuo puede empezar a soñar despierto o pensar en otras cosas mientras conduce, como por ejemplo, el trabajo que tienen que hacer o problemas que podrían surgir ese día. También puede pensar, en problemas que tiene, en otros ámbitos de su vida. Emplea su memoria de trabajo y otras capacidades ejecutivas, para pensar en otros problemas y como organizar su día. Si este proceso sigue durante demasiado tiempo puede que, a causa de la falta de atención, no coja el desvío para ir al trabajo. De esta manera, su divagación mental, ha supuesto una interferencia con el objetivo principal, que es ir en coche al trabajo. Este tipo de situación, es muy representativa de la divagación mental patológica. El individuo dedica demasiada atención a pensar en otras cosas, hasta tal grado, que interfiere frecuentemente con la consecución de sus objetivos principales. En este caso, parece que la divagación mental patológica no se trata tanto de una disfunción de las funciones ejecutivas, sino de un trastorno a la hora de priorizar el uso del sistema ejecutivo. Se está dedicando a la contemplación de tareas secundarias, hasta tal punto, que interfiere con la consecución del objetivo primario.

La relación entre el TCL y las personas que tienen dificultades con la divagación mental y el ensimismamiento, es una hipótesis muy interesante que, en mi opinión, merece una mayor investigación.

MÁS SOBRE EL TCL COMO DIVAGACIÓN MENTAL

En el caso de los individuos que padecen divagación mental patológica, es posible que haya 3 motivos para este exceso de ensimismamiento. Uno, es que trata de una manera de evadirse de una tarea o situación que les resulta desagradable, aversiva o simplemente aburrida. Es decir, la tarea principal que tienen que cumplir no les interesa o incluso les parece aversiva y utilizan la divagación mental como escape.

Es una especie de aprendizaje de escape y evitación y quizás por eso se solapa con el TDAH. Las personas con TDAH frecuentemente encuentran muy aburridas ciertas situaciones y tareas, y la divagación mental aporta un escape.

La ansiedad es otro motivo de un exceso de divagación mental. Estas personas, están preocupadas por ciertas situaciones y durante esta divagación mental contemplan sus problemas, ansiedades o miedos. En estos casos, se trata de una manera de abordar situaciones que les provocan ansiedad o se obsesionan con ellas. Quizás por eso, ciertos tipos de TCL están relacionados con mayores niveles de ansiedad.

Un tercer motivo de la divagación mental patológica, es el pensamiento obsesivo acerca de cuestiones que provocan ansiedad, algo que observamos en adultos con trastorno obsesivo compulsivo, que son incapaces de dejar de obsesionarse con ideas, acontecimientos o situaciones específicas. En estos casos, utilizan el sistema ejecutivo de forma excesiva, para contemplar u obsesionarse con una situación. Otros trastornos que producen este tipo de pensamiento obsesivo, incluyen la ansiedad, la depresión o incluso trastornos de pensamiento, como la psicosis.

Quizás esto explique el solapamiento del TCL con estos otros trastornos, como los de la ansiedad.

Todo esto significa, que para poder diferenciar entre estos 3 posibles motivos, los médicos clínicos que atienden a adultos con TCL, deberían dedicar un tiempo a hablar con el paciente, sobre los temas a los que dedican su divagación mental, cuando presentan los síntomas del trastorno. De esta manera, pueden comprender mejor la naturaleza del trastorno del tempo cognitivo lento.

IMPLICACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL TCL

Y para terminar, algunos estudios sobre niños con TDAH, demuestran que puede haber diferencias entre su manera de responder a tratamientos, en comparación con los individuos con TCL. No existen estudios comparativos sobre este tema, entre adultos con TCL y adultos con TDAH y se trata de un área, en la que realmente hacen falta. Pero en el caso de los niños, aunque está claro que falta un estudio más profundo, por lo menos existen algunos datos que sugieren, que las personas con TCL, posiblemente no respondan tan bien a los medicamentos estimulantes, que se utilizan para controlar el TDAH. Hay respuesta, pero por parte de menos pacientes y sólo un 20% de los participantes en mi estudio, tuvieron una respuesta terapéutica tan positiva, como para continuar con el tratamiento después de terminar la prueba. Así que, no se trata de que los estimulantes les hagan daño a los individuos con TCL, sino que simplemente no producen unos resultados, especialmente impresionantes.

Algunos estudios demuestran, que los niños con TCL están entre las personas que mejor responden al entrenamiento de habilidades sociales.

No es el caso de los niños con TDAH, y de hecho, uno de cada cuatro incluso empeoran o se vuelven más agresivos, como resultado de relacionarse con niños con TDAH más agresivos, dentro del grupo de entrenamiento de habilidades sociales. El entrenamiento de habilidades sociales, se creó a principios de los años 60 para personas tímidas, introvertidas o ansiosas, así que no es de sorprender, que funcione mejor para las personas con TCL, que demuestran estas pautas de conducta social.

Unos cuantos estudios sugieren, que los niños con TCL responden igualmente bien o incluso mejor, que los niños con TDAH, a las intervenciones psicosociales, como la modificación de conducta. De hecho, pueden responder mejor a estas intervenciones, aunque se ha investigado poco sobre este tema. Quizás sea así, porque la ansiedad es un factor que pronostica la respuesta a tratamientos psicosociales. Las personas con ansiedad, aparentemente responden mejor, como observamos en el amplio estudio MTA, sobre el TDAH que pueden ver aquí.

Ya que el TCL, está más relacionado con la ansiedad, puede ser que explique, porqué las personas con este trastorno, por lo menos los niños, responden mejor a estas intervenciones psicosociales. Las personas con TDAH, no responden especialmente bien a la terapia cognitiva conductual y de hecho, se ha demostrado que este tipo de terapia, fracasa con los niños con TDAH, aunque sí funciona para adultos con TDAH, como complemento a la medicación y cuando se centra en las funciones ejecutivas. Para más información sobre la terapia cognitiva conductual para adultos con TDAH, pueden apuntarse a la 3ª parte de este curso, que trata de la evaluación y tratamiento del TDAH en adultos.

Ya que la terapia cognitiva resulta especialmente útil para tratar los trastornos de ansiedad y la depresión, puede ser que sea igual de útil para tratar el TCL, que aparentemente tiene una mayor relación con la ansiedad que el TDAH. Por lo menos, valdría la pena probarla, para realizar un estudio de investigación sobre este tema.

Es posible, que la Atomoxetina pueda resultar útil para tratar el TCL. Es una hipótesis que propongo, porque la Atomoxetina parece tratar la ansiedad, dentro del contexto del TDAH. Ya que hay una mayor presencia de la ansiedad en los casos de TCL, quizás este fármaco sea útil a la hora de abordar la inatención y la ansiedad, presentes en los casos de TCL. Por favor, tengan en cuenta que se trata sólo de una conjetura o de una hipótesis. No existen estudios sobre el uso de este medicamento, para tratar a niños o adultos con TCL.

Tengo otra hipótesis y es que, el Modafinil podría ser un buen fármaco para tratar el TCL. Al fin y al cabo, el Modafinil es un medicamento antinarcótico. Ha mostrado cierta eficacia para el tratamiento de pacientes con TDAH. Teniendo en cuenta, los problemas que las personas con TCL tienen con el estado de alerta, quizás un fármaco antinarcótico, pueda resultar beneficioso. Aquí de nuevo, se trata de una hipótesis y es necesario realizar estudios para investigar este tema.

Si el TCL o ciertas subclasificaciones del trastorno, están relacionados con el pensamiento obsesivo, por ejemplo, dentro del contexto del trastorno obsesivo-compulsivo, entonces los fármacos que se utilizan para tratar este síntoma, podrían resultar útiles para tratar el TCL. El Clomipramine o Fluvoxamine, son fármacos que se usan para tratar el trastorno obsesivo-compulsivo y podrían resultar útiles para tratar el TCL. Aquí tampoco tenemos datos. No existen estudios sobre el uso de estos fármacos, con niños o adultos con TCL, pero es una hipótesis interesante, que merece la pena investigar en el futuro.

PREVALENCIA

Vamos a terminar de hablar, sobre la división de TDAH en adultos, en estos dos subtipos y vamos a considerar algunas de las características demográficas, relacionadas con el TDAH en adultos. La prevalencia de este trastorno, varía según el género, la edad, la clase social y la residencia en zonas urbanas o rurales.

La diferencia por género se ve principalmente en los niños, porque el número de niños que cumplen con los requisitos para el diagnóstico de TDAH, es por lo menos 3 veces mayor, que el número de niñas. Esta diferencia por género, disminuye con la edad, de tal manera, que al llegar a la edad adulta, no hay diferencia entre el número de hombres y mujeres, diagnosticados con este trastorno.

De hecho, la encuesta que realicé recientemente a una muestra representativa de adultos, de la población estadounidense, no encontró ninguna diferencia entre hombres y mujeres, en cuanto a la frecuencia de los síntomas de TDAH, ni en la frecuencia del diagnóstico del trastorno. No se sabe por qué, esta diferencia por género se va borrando con la edad. La prevalencia del TDAH, está relacionada desde luego con la edad, siendo más común en los niños, donde entre el 7 y el 8% de la población infantil, tiene TDAH. Esta cifra disminuye en aproximadamente un 33% al llegar a la edad adulta, en la que entre el 4 y 5% de los adultos de la población estadounidense, tiene TDAH.

El TDAH está relacionado más con la clase media baja, en relación con otras clases socioeconómicas, pero las diferencias entre clases sociales, es relativamente pequeña. Los estudios indican, que el TDAH puede ser más prevalente en zonas urbanas, con una densidad demográfica alta, en relación con las zonas residenciales o rurales. La prevalencia del TCL, como ya he indicado, es aproximadamente de un 5,1%, según mi encuesta reciente de una muestra representativa de la población adulta estadounidense.

Recordarán que anteriormente comenté, que aproximadamente la mitad de estos adultos, cumplían los requisitos para el diagnóstico de un tipo de TDAH, especialmente el de tipo inatento.

Entonces, el TCL puede ser comórbido con el TDAH, pero también representa un trastorno distinto, que aparentemente tiene la misma prevalencia en la población adulta, que el TDAH adulto. Los estudios realizados a nivel mundial indican, que aproximadamente un 3,4% de los adultos que viven fuera de los Estados Unidos, también cumplen con los requisitos para un TDAH diagnosticable.

Como he indicado anteriormente, la proporción de prevalencia por género en el TDAH infantil, es de 3 niños por cada niña. Se reduce en la adolescencia y al inicio de la edad adulta, a una proporción de 2 a 1, y a partir de los 30 años, el número de casos es más o menos igual, para ambos géneros.

Hay una clara necesidad de realizar más estudios internacionales, sobre el TDAH adulto, ya que la mayoría de la investigación se ha hecho en los Estados Unidos. De todos modos, los estudios internacionales que se han realizado, indican que el TDAH adulto tiene una prevalencia universal en la población humana.

Estudios realizados por Ron Kessler y otros, indican que sólo 1 de cada 10 adultos en Estados Unidos, que cumple con los criterios para el diagnóstico de TDAH, ha sido tratado para el trastorno. Aproximadamente el 25% de ellos, han recibido tratamiento para otro tipo de trastorno mental, pero no para TDAH. Esto indica, que la falta de reconocimiento y tratamiento de TDAH en Estados Unidos es extrema, y la situación puede ser aún peor en otros países, en los que ni siquiera se reconoce el TDAH adulto, como un trastorno de la salud mental válido.

¿DÓNDE HAN ESTADO ESTAS PERSONAS HATA AHORA?

Cuando imparto talleres sobre el TDAH adulto, frecuentemente me preguntan dónde estaban estos individuos durante las décadas o generaciones anteriores. Al fin y al cabo, el diagnóstico de TDAH adulto es un fenómeno reciente. Señalo, que estos individuos siempre han existido dentro de la población humana, y es probable que se les encontrara en varias profesiones o situaciones, en las que las disfunciones en las principales actividades de la vida diaria, supusieran un problema importante.

Por ejemplo, era muy probable encontrar adultos con TDAH, entre las personas que abandonaban los estudios, entre las personas sin trabajo, infra-empleadas o cobrando el paro, porque el TDAH en la edad adulta, interfiere considerablemente con el rendimiento laboral.

Es probable encontrar a estos adultos, en programas para el tratamiento de la drogodependencia, especialmente la adicción a la nicotina y el abuso del alcohol, porque los adultos con TDAH, son más propensos a trastornos de abuso de estas sustancias, en particular. Si quisieran identificar a adultos con TDAH, podrían estudiar también a las personas que tenían dificultades de personalidad, susceptible a las adicciones o con el juego compulsivo.

De hecho, un estudio reciente ha demostrado, que aproximadamente 1 de cada 6 adolescentes con TDAH, es propenso a la adicción a internet.

Mis propios estudios indican, que los adultos con TDAH, no son propensos al juego compulsivo, pero los que tienen personalidad anti-social comórbida, sí lo son.

He realizado varios estudios, que indican que las personas que tienen TDAH, en la adolescencia y la edad adulta, tienen mayor riesgo de convertirse en padres a una edad muy joven. Así que, es posible que en generaciones previas, adultos con TDAH figuraran entre las personas que tuvieron que dejar sus estudios, para cuidar a sus hijos, o mujeres que acudieron a centros de acogida, para madres solteras, o recibieron subsidios como madres adolescentes.

También podríamos encontrar a adultos con TDAH, entre las personas que buscaban ayuda, para afrontar problemas económicos, problemas matrimoniales o personas con un historial de conductas anti-sociales, incluso hasta el grado de ser arrestados o encarcelados. Ciertamente, el TDAH adulto, está relacionado con considerables problemas de la conducción. Así que en generaciones previas, lo más probable es que los adultos con TDAH, se encontraran en estas situaciones.

Para terminar, tal como enseño a los médicos de familia, es posible que Uds. tengan adultos con TDAH en su consulta y ni siquiera lo sepan, porque el trastorno puede disfrazarse de otras enfermedades, por ejemplo, personas con trastornos de somatización, pacientes a los que están tratando para la ansiedad, la depresión o trastornos afectivos estacionales, trastornos del sueño o personas con unas pautas crónicas de conductas malsanas, que tienen dificultades para participar en programas diseñados, para mejorar su salud. Los adultos con TDAH, tienen mayores probabilidades de experimentar estas dificultades, así que es muy probable que los médicos de familia que atienden a individuos con estos problemas, se encuentren con adultos con TDAH.

CONCLUSIONES

Para terminar, los trastornos de atención en los adultos, se conocen desde 1798.

El TDAH adulto es un trastorno muy prevalente y, aunque es sólo recientemente cuando nos hemos fijado en ello de una manera más amplia, creo que figura como un problema en la población, desde hace mucho tiempo. El TDAH adulto, tiene una prevalencia de aproximadamente un 5%, o 1 de cada 20 personas. Está relacionado con déficits generalizados de las funciones ejecutivas, especialmente, según las escalas de valoración que las evalúan.

El TCL, en cambio, es un trastorno de atención distinto al TDAH, aunque a veces se presenta con comorbilidad, y tiene una prevalencia muy parecida en la población adulta.

El TCL está relacionado con déficits más leves en la mayoría de las áreas de las funciones ejecutivas en la vida diaria, pero con déficits igualmente severos o incluso más, en cuanto a la auto-organización y la resolución de problemas.

El TCL está asociado, con déficits en numerosas actividades importantes de la vida diaria, aunque el grado de disfunción es más leve, que el del TDAH adulto. En cuanto al historial educativo o el rendimiento laboral, el TCL es más limitante que el TDAH adulto.

GRACIAS

Espero que hayan disfrutado esta primera parte de mi curso, sobre el TDAH en los adultos. Gracias por apuntarse a este curso.

Les invito a apuntarse a la segunda y la tercera parte de este curso, cuando quieran, además de otros cursos sobre el TDAH, que he preparado para esta página web.

Gracias

Les invito también a visitar la página web de la editorial Guilford.com, para conocer otros productos que he creado para el TDAH. Están, por ejemplo, las 3 escalas de valoración, para los síntomas del TDAH, incluido el TCL, la escala de déficit de las funciones ejecutivas y la escala de valoración de la disfunción funcional, ambas descritas en esta presentación. De nuevo, gracias por apuntarse a este curso. Adiós.