



GOLD

RUSSELL A. BARKLEY

Medical Collection
Neuropsychology



GOLD

Medical Collection Neuropsychology

Edita:

 **Mayo**
EDICIONES MAYO, S.A.
www.edicionesmayo.es

Agradecimientos

A la Fundación ADANA y a Isabel Rubió
por su activa colaboración en el proyecto.
www.fundacionadana.org

Aribau, 185-187
08021 Barcelona
Tel.: +34 93 2090255
edmayo@edicionesmayo.es

Dirección médica: Francisco Sánchez

Redacción: Aurelia Maella

Fotografías: Martín Marco

Diseño: Xavier Noguera

Ilustración: Marc Ambròs

Maquetación: Climent Ambròs, Emili Sagóls

Preimpresión: M4 Autoedición Asociados, S.L.

Depósito Legal: B.1938-2012

©2012 Ediciones Mayo, S.A.

Reservados todos los derechos. Queda prohibida
la reproducción total o parcial de los contenidos,
aun citando la procedencia, sin autorización del autor.





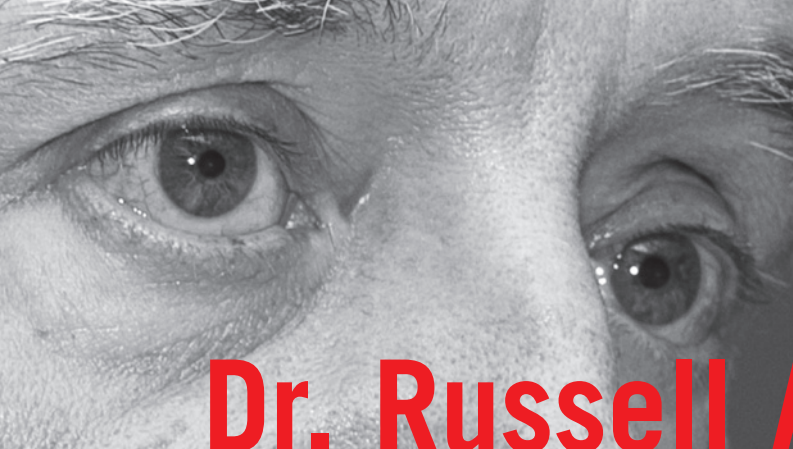
GOLD



Medical Collection **Neuropsychology**

ÍNDICE

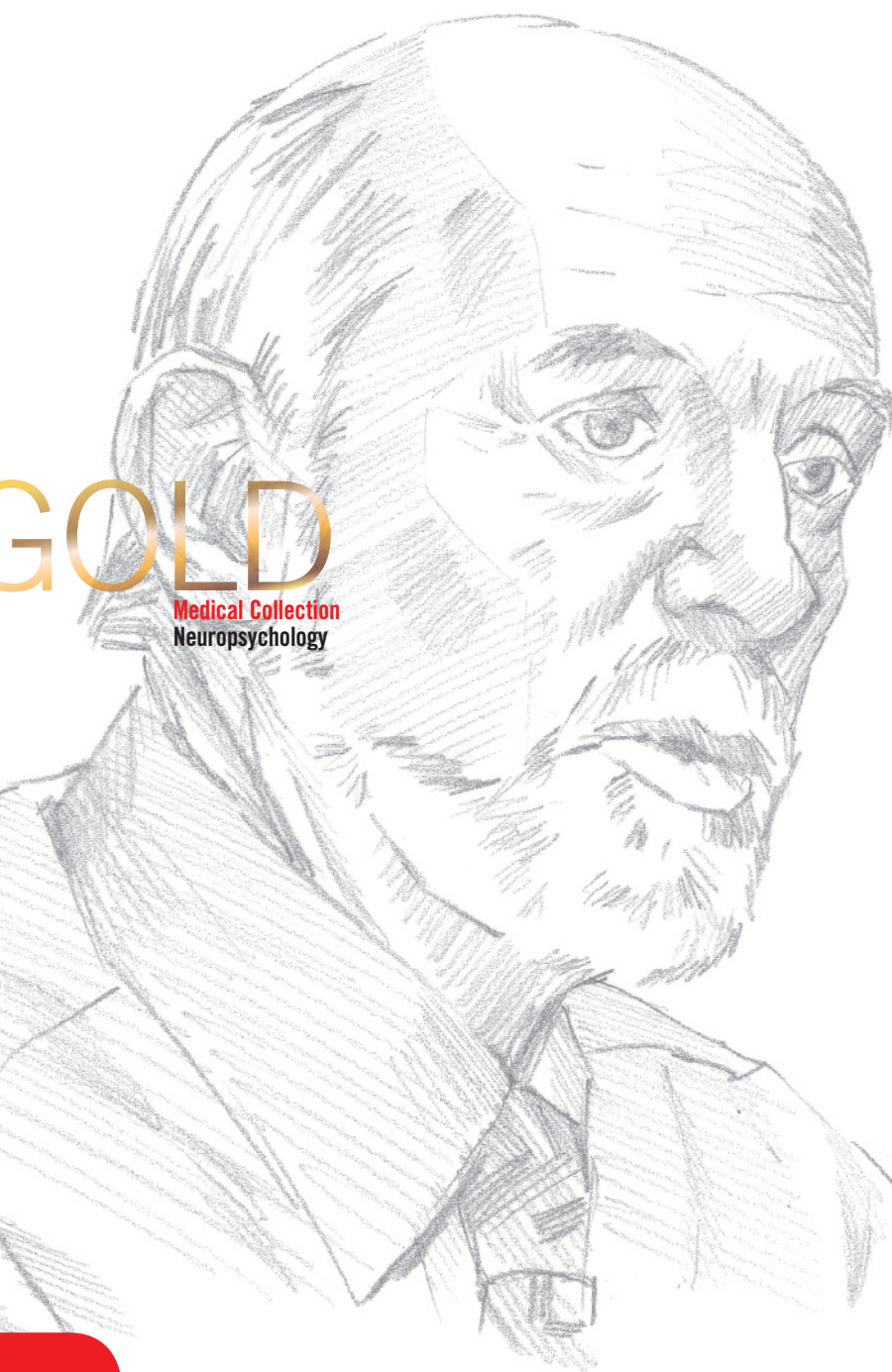
- 4** Perfil humano
- 6** Perfil académico
- 8** Un déficit de intención,
no de atención
- 13** Entrevista



Dr. Russell A. Barkley

Perfil humano

Si se hace una revisión de los artículos publicados sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), se observa que la mayoría tienen como autor o coautor al Dr. Barkley. Este neuropsicólogo de Carolina del Sur ha



GOLD
Medical Collection
Neuropsychology



sido seguramente la persona que más ha contribuido a la detección, la caracterización y la búsqueda de tratamiento para este trastorno, que afecta a más del 3% de la población. Por este motivo, sorprende cuando revela que su llegada a este campo fue fruto de las circunstancias y no de una elección calculada y racional. Era un estudiante de biología con interés por la psicología y deseaba graduarse. Para ello tenía que hacer una actividad extra, así que decidió hacer de voluntario en la escuela de Medicina. «Llamé a muchas puertas preguntando si necesitaban un asistente de investigación, y nadie me aceptó, excepto un equipo de psicólogos que estaban ensayando tratamientos

farmacológicos en niños hiperactivos. Me entusiasmó lo que estaban haciendo, y allí encontré a un mentor que me guió y brindó un excelente apoyo.» Entonces se produjo el cambio, y el Dr. Barkley pasó de querer ser biólogo a querer ser psicólogo y continuar investigando en el TDAH. El campo de investigación era nuevo, empezaban a conocer lo que ocurría en estos niños y su carrera profesional ha ido avanzando en paralelo a los progresos obtenidos en este trastorno.

El Dr. Barkley está casado, tiene dos hijos y un nieto, Liam. El TDAH ha afectado también a su familia, y lo ha hecho con fatales consecuencias. Su hermano gemelo padecía este trastorno y murió hace 6 años en un accidente de coche directamente relacionado con su



enfermedad. Sin poder contener su tristeza, explica: «Desde entonces procuro poner a mi hermano como ejemplo para que la población y los gobiernos consideren el TDAH más seriamente. El TDAH y la conducción puede ser una combinación muy peligrosa y, tal como lo he vivido con mi hermano y algunos de mis pacientes, una amenaza seria para la vida de otros y de uno mismo».

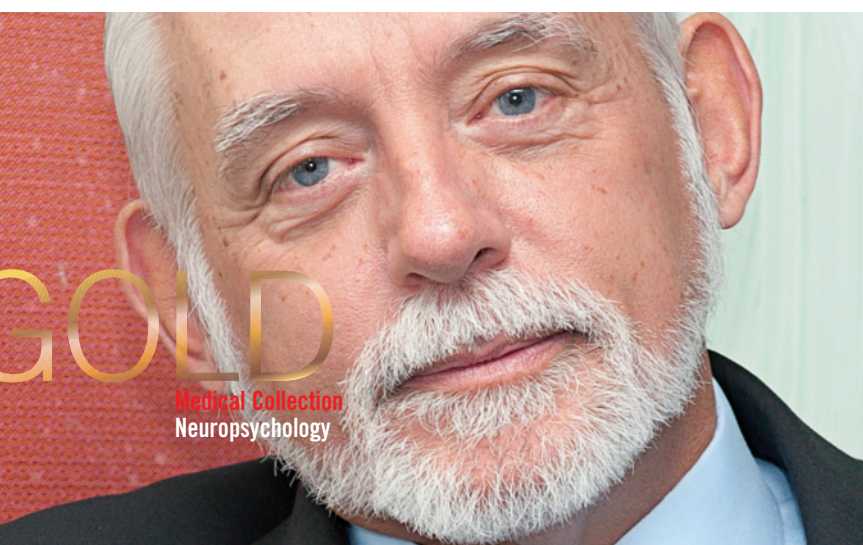
El Dr. Barkley acudió a Barcelona, invitado por la Fundación ADANA, a la X Jornada sobre «Avances recientes en el diagnóstico, comprensión y manejo del TDAH». La Fundación ADANA es una organización sin ánimo de lucro que destaca por su intensa dedicación a la ayuda de familiares y pacientes de todas las edades con TDAH.



Perfil académico

El Dr. Barkley se graduó en Psicología clínica en 1977 por la Green State University de Ohio (Estados Unidos). En la Oregon Health Sciences University se especializó en niños con trastornos de desarrollo, aprendizaje y conducta. Acabada su formación, entró a formar parte del Departamento de Neurología del Medical College of Wisconsin y del Milwaukee Children's Hospital, donde fundó y dirigió hasta 1985 el Servicio de Neuropsicología. A partir de esa fecha, y hasta el año 2002, ejerció como director de

relacionados con el TDAH. Ha escrito, coescrito o coeditado 19 libros y manuales clínicos, entre ellos *ADHA: a handbook for diagnosis and treatment* (2006), y *Taking charge of ADHD: the complete authoritative guide for parents* (2005), de gran éxito internacional. Sus publicaciones más recientes son *Taking charge of adult ADHA* (2010) y *ADHD in adults: what the science says* (2008). En 1993 fundó el boletín para profesionales clínicos *The ADHA report* (Guilford), en el que continúa como



Psicología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachusetts. Durante ese periodo realizó una amplia labor investigadora en niños y adultos con TDAH. Desde 2002 ejerce como profesor de Psiquiatría de la Universidad de Medicina de Carolina del Sur (Charleston). Es diplomado en tres especialidades: Psicología clínica, Psicología clínica infantojuvenil y Neuropsicología clínica. Desde su graduación, es miembro de la Asociación Americana de Psicología. Ha publicado más de 250 artículos científicos y capítulos de libros

editor. El Dr. Barkley ha formado parte del comité editorial de once revistas científicas y ha sido revisor de otras muchas.

A lo largo de su vida profesional ha recibido numerosos premios y distinciones, entre ellos el C. Anderson Aldrich Award (1996), concedido por la Academia Americana de Pediatría por su carrera investigadora en el desarrollo del niño. En 2002 recibió el reconocimiento de la Asociación Americana de Psicología por el esfuerzo dedicado a educar a la población y a otros profesionales en el TDAH.



Un déficit de intención, no de atención

«Actualmente se acepta que el subtipo de TDAH más frecuente es el subtipo combinado»

Frente a una audiencia de más de 500 personas, entre profesionales y familiares de personas con TDAH, el Dr. Barkley abordó de forma clara y detallada los últimos avances en el diagnóstico, la comprensión y el manejo de este trastorno. Algunos de los temas analizados fueron los siguientes: cambios en los criterios diagnósticos que recogerá el futuro DSM-V, un antiguo «subtipo de TDAH» que las recientes investigaciones han demostrado que en realidad se trata de un nuevo trastorno, las nuevas teorías sobre las alteraciones neuropsicológicas que subyacen al TDAH o las nuevas formas de liberación retardada de medicamentos. El experto no escatimó tiempo ni entusiasmo en hacer una puesta al día en este trastorno tan prevalente, del que dice que se trata de un «déficit de intención y no de atención», y contestó con detalle a las preguntas que su público, ávido de información, le planteó al final de la jornada. Presidieron la sesión Isabel Rubió (presidenta de la Fundación ADANA), Cristina Molina (directora del Plan de Salud Mental del Departamento de Salud de la Generalitat) y Mariano Trillo (psiquiatra infantojuvenil y director médico de Avanza).

TDAH: diagnóstico y subtipos

El TDAH es un trastorno neuropsicológico del desarrollo que condiciona una hiperactividad-impulsividad y un déficit de atención. La hiperactividad-impulsividad (desinhibición) se caracteriza por una hiperactividad motora y vocal, la toma impulsiva de decisiones y la incapacidad para esperar o diferir las gratificaciones. La persona que padece TDAH vive predominantemente el

presente, sin considerar las consecuencias de sus actuaciones en el futuro. La hiperactividad del niño con TDAH disminuye con la edad, y ésta es más subjetiva en la edad adulta. El déficit de atención en las personas con TDAH se caracteriza por una dificultad en finalizar objetivos o tareas. Este síntoma es consecuencia de los otros síntomas que presentan estos pacientes: resistencia limitada a las distracciones, dificultad para refocalizar la atención después de una distracción, y memoria operativa limitada.



La memoria operativa es una de las siete principales funciones ejecutivas. Ésta es necesaria para conservar la información entrante durante un tiempo, poder usarla en un corto periodo y, de esta forma, poder guiar la conducta hacia un objetivo concreto. Por ejemplo, la memoria operativa permite recordar qué se ha de hacer o qué se estaba haciendo. A diferencia de la hiperactividad motora y vocal, el déficit de atención, aunque mejora, sí permanece en la vida adulta. Debido a que la memoria operativa y la inhibición son dos de las siete grandes funciones ejecutivas, las hipótesis más recientes plantean que el TDAH es una

alteración del funcionamiento ejecutivo, y no un trastorno de la atención. Aproximadamente un 15-35% de los niños con TDAH va mejorando progresivamente desde la adolescencia hasta la total curación de la enfermedad entre los 30 y los 40 años. Alrededor de un 80% llega a la edad adulta con la enfermedad, por lo que básicamente se trata de una afección crónica. Los criterios diagnósticos oficiales del TDAH están reflejados en el DSM-IV (hace ya 17 años), pero la experiencia acumulada durante este tiempo ha puesto de manifiesto que algunos de estos criterios deben ser modificados. El DSM-V, actualmente en marcha, incluirá una serie de ajustes para aumentar el rigor y la precisión del diagnóstico de este trastorno. Por ejemplo, la expresión «déficit de atención» (*inattention*), que incluye actualmente el DSM-IV, quizá no sea adecuada para captar la alteración cognitiva más importante que presentan estos pacientes, una

embargo, aplicando este criterio podrían diagnosticarse de TDAH algunos niños normales con muchos síntomas de esta enfermedad por inmadurez del sistema ejecutivo, pero que forman parte del desarrollo normal y no persisten. Por tanto, el DSM-V establecerá que los síntomas deben presentarse durante al menos un año. Asimismo, el DSM-IV establece que la edad de inicio para el diagnóstico de TDAH debe ser anterior a los 7 años, pero lo cierto es que este criterio carece de validez científica, por lo que, si se mantiene, puede dejar de diagnosticarse una buena proporción de casos posibles de TDAH.

Actualmente los expertos prefieren establecer como límite de inicio «la niñez o la adolescencia», y así se reflejará en el DSM-V. Otro aspecto importante que debe ser modificado son los subtipos de TDAH que establece el DSM-IV. Hoy día, gracias a las investigaciones realizadas en este campo, se sabe que no hay subtipos de TDAH y que se trata únicamente de un trastorno con diferente expresión clínica a lo largo del tiempo. Por ejemplo, el antiguo «subtipo hiperactivo» es en realidad un estadio temprano del «subtipo combinado», y eso es así porque la hiperactividad aparece varios años antes que el déficit de atención. De hecho, en un seguimiento de 4 años, el 90% de los «subtipos hiperactivos» pasa al «subtipo combinado». Por otra parte, la hiperactividad disminuye con la edad y, por tanto, en la adolescencia tardía o en los adultos jóvenes, muchos «subtipos combinados» pasan a ser «subtipos inatentos». En definitiva, los antiguos subtipos han demostrado no ser estables y simplemente reflejar un estadio del trastorno. Por ello, actualmente se acepta que el único tipo de TDAH es el antiguo «subtipo combinado».

En los últimos años se ha descubierto que un 30-50% de los sujetos que habían sido clasificados como TDAH como «subtipo inatento» tienen en realidad otro trastorno, el SCT. En el trastorno SCT, denominado así por las iniciales de los síntomas en inglés que lo caracterizan –*sluggish* (lento), *cognitive* (cognitivo), *tempo* (velocidad)–, la velocidad a la que se procesa la información está



memoria operativa limitada, que impide por ejemplo recordar la tarea que se estaba haciendo. Asimismo, los criterios diagnósticos del DSM-IV están pensados únicamente para niños; por ello, el DSM-V incluirá también criterios diagnósticos para el trastorno en adultos. Por otra parte, actualmente se sabe que los síntomas de impulsividad emocional y la escasa autorregulación emocional son rasgos centrales importantes en el TDAH que no se mencionan en el DSM-IV y, por tanto, se deberían incluir en el DSM-V.

En el DSM-IV, para hacer un diagnóstico de TDAH, los síntomas deben durar 6 meses o más. Sin

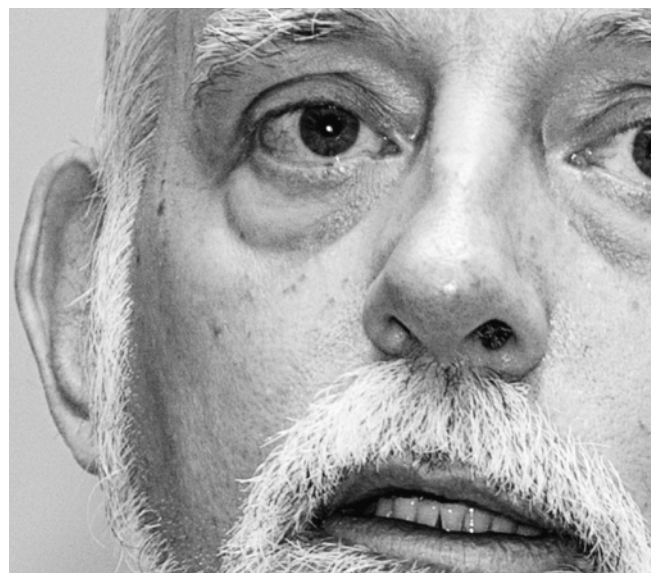
enlentecida. Los cuestionarios o escalas delimitan los siguientes síntomas en pacientes con SCT: soñar despierto excesivamente, presentar problemas para estar alerta en situaciones aburridas, estar fácilmente confuso, la mente parece estar en otro sitio, estado letárgico, estar más cansado que otros individuos, estar hipoactivo o mostrar menos energía que otros, presentar movimientos lentos, no parece entender o procesar la información tan rápidamente como los otros, estar apático, menos implicado en las actividades, se pierde en sus pensamientos, lento en finalizar sus tareas, necesita más tiempo que otros, le falta iniciativa para completar un trabajo o bien la capacidad de esfuerzo desaparece rápidamente. Estas personas son tímidas y retraídas y, a diferencia de los pacientes con TDAH, en los cuestionarios muestran poca evidencia de déficit del funcionamiento ejecutivo. Su capacidad de autoorganización y resolución de problemas son sus limitaciones más graves, incluso más que en el TDAH. El SCT parece afectar al 4,7% de la población general. Hay que tener presente que ambos trastornos pueden superponerse, pues el 59% de los sujetos con SCT tiene alguno de los subtipos de TDAH, principalmente el «subtipo inatento». Se desconoce la causa de SCT. Si bien se han establecido diferentes hipótesis (factor social estresante, disfunción de la excitación o *arousal*, etc.), la más plausible es que sea un trastorno de la «mente errante» (*mind wandering*) o del «soñar despierto» (*day dreaming*). Todas las investigaciones sobre el tratamiento del SCT se han realizado en niños, no en adultos. Los estimulantes son eficaces únicamente en 1 de cada 5 niños. Sin embargo, los niños con SCT responden mejor a la terapia psicosocial (p. ej., entrenamiento de las habilidades sociales) que los niños con TDAH.

La naturaleza del TDAH: funciones ejecutivas y autorregulación

Si bien todavía no se ha demostrado científicamente, todo apunta a que el TDAH sea en realidad un déficit del funcionamiento ejecutivo, pues las

redes corticales prefrontales implicadas en este sistema son también las implicadas en la autorregulación y el TDAH.

En neuropsicología no existe un consenso sobre la definición de funcionamiento ejecutivo, pero todos los autores están de acuerdo en que éste es sinónimo de autorregulación. La autorregulación puede definirse como cualquier acción que una persona dirige hacia sí misma, con el objetivo de redirigir sus respuestas para cambiar la probabilidad de una consecuencia futura. También, existe consenso en que los principales componentes del funcionamiento ejecutivo son la autorregulación a lo largo del tiempo, el control de la inhibición, la autoconciencia y



automonitorización, la memoria operativa no verbal, la planificación y la resolución de problemas, la anticipación y la preparación para actuar, y el autocontrol emocional. El funcionamiento ejecutivo comprende dos grandes dominios: la inhibición y la metacognición. En el TDAH, la hiperactividad-impulsividad podría deberse a una alteración del dominio de la inhibición y el déficit de atención a una alteración de la metacognición. En definitiva, el TDAH es un trastorno de la *performance*, y no de la capacidad o el conocimiento. Las personas con TDAH saben lo que tienen que hacer y cómo lo tienen que hacer, pero tienen dificultades para hacerlo. Por eso, si se

desea ayudar a las personas con TDAH, hay que cambiar el cuándo y el dónde de lo que desean, no el cómo ni el qué. Este cuándo y dónde se llama «el punto de *performance*» o, lo que es lo mismo, el lugar y el tiempo en su entorno natural donde deberían utilizar lo que ya conocen (habilidades sociales, estrategias para hacer los deberes, etc.). En definitiva, el TDAH altera el funcionamiento ejecutivo creando un trastorno de la autorregulación a lo largo del tiempo, lo que condiciona que las personas que lo padecen tengan una dificultad para anticipar o preparar el futuro. Por eso, la persona con TDAH vive únicamente el presente y, cuando el futuro se convierte en presente, debido a la falta de previsión, tiende a entrar en una situación caótica.

El tratamiento del TDAH

Como terapia, el entrenamiento de las habilidades sociales no es suficiente porque, a menos que un individuo haya crecido en un entorno social marginal, la persona con TDAH conoce dichas habilidades. Los tratamientos eficaces son siempre los que se realizan en el punto de *performance*, y la clave consiste en diseñar situaciones o entornos artificiales para compensar los déficit en el funcionamiento ejecutivo.

Los déficit del funcionamiento ejecutivo son de origen neurogenético y, por ello, los fármacos pueden ser esenciales para el tratamiento.

La medicación para las personas con TDAH es como la insulina para los diabéticos pero, al igual que ésta, su acción es temporal y, en la mayoría de los casos, requiere administrarse de forma crónica.

La medicación en el TDAH es importante por otro motivo: tres estudios realizados en los últimos años coinciden en que, a mayor tiempo de tratamiento farmacológico, más rápidamente madura el cerebro del niño con TDAH. Estos hallazgos contribuyen a desmoronar la falsa creencia de lo pernicioso que es la medicación en el TDAH. Ésta no sólo no es dañina, sino que es eficaz y favorece el desarrollo cerebral. Por otra parte, hay evidencias que

sugieren que el entrenamiento regular de la memoria operativa (aproximadamente 45 minutos al día) puede mejorarla. Sin embargo, el reentrenamiento siempre será necesario, pues esta mejora no es permanente.

No obstante, a pesar de la eficacia demostrada del tratamiento, no hay que olvidar que, para obtener buenos resultados y hacer las adecuadas modificaciones, en los pacientes con TDAH son vitales la conciencia y la voluntad de las personas de su entorno. También resulta muy útil tener presente que se trata de una discapacidad crónica.

Los déficit del funcionamiento ejecutivo se pueden compensar ejercitando la memoria operativa física mediante la utilización de cartas, listas, recordatorios, etc. También resulta muy eficaz externalizar la información importante en los puntos clave del *performance*, externalizar los periodos de tiempo relacionados con las tareas y las fechas límite relevantes, dividir las tareas lentas o largas en pequeños pasos, externalizar las fuentes de motivación, externalizar la resolución de problemas mentales (p. ej., matemáticas con objetos o con las manos) y «llenar el depósito» de recursos para la autorregulación (fuerza de voluntad): premios, palabras de ánimo, reforzamientos verbales positivos, 10 minutos de descanso entre los ejercicios para entrenar el funcionamiento ejecutivo y la autorregulación, 3 o más minutos de relajación o meditación, visualizar y hablar sobre las recompensas futuras antes y durante los ejercicios de autorregulación, realizar ejercicio físico de forma habitual y también ingerir glucosa.

Últimas investigaciones en el TDAH

Existen numerosos estudios que están evaluando programas de tratamiento para el TDAH. Se ha observado cierta mejora en el 50% de los niños tratados con retroalimentación electroencefalográfica, aunque ésta no es permanente. Asimismo, se están ensayando programas para el entrenamiento de la memoria operativa, y muchos de ellos se pueden



utilizar en el ordenador e incluso en la consola. Los resultados de los programas informáticos para el entrenamiento de la atención son todavía poco consistentes. El programa «Challenging Horizons» está dando excelentes resultados. Se trata de un programa para adolescentes de 2 días, 2 horas a la semana, que tiene lugar en la propia escuela, al acabar las clases. Este programa incluye una tutoría académica, asistencia para hacer los deberes del colegio, trabajo de habilidades organizativas, entrenamiento de habilidades sociales, educación, entrenamiento de los padres, etc. El «Challenging Horizons» ha demostrado disminuir los síntomas

relacionarse fuera de las horas de terapia. El nuevo método consiste en entrenar a los padres y profesores como terapeutas, para que sean capaces de enseñar dichas habilidades a los niños. Realizar el tratamiento en el entorno natural del niño parece aumentar su eficacia.

Por último, recientemente se han desarrollado nuevos programas de terapia cognitivo-conductual para adultos, como complemento a la medicación, todas ellas focalizadas en el funcionamiento ejecutivo: «Ramsay and Rostain's Integrated Approach», «Safren's Cognitive Behavioral Training» y «Solanto's Cognitive Behavioral Training of Executive Functioning».

Avances en el tratamiento farmacológico del TDAH

Los fármacos aprobados en España para el tratamiento del TDAH son el metilfenidato y la atomoxetina. Los estimulantes han sido los fármacos más estudiados en psiquiatría. Se han utilizado durante más de 40 años, y han sido objeto de más de 350 estudios que han incluido miles de casos.

La tasa de respuesta de cada estimulante (metilfenidato, anfetamina) es del 75-80% y, globalmente (si fracasa uno de los actualmente disponibles, puede ensayarse el otro), la tasa de respuesta es superior al 90%. En el tratamiento farmacológico, las investigaciones de la última década se han centrado en conseguir, a través de sistemas de liberación retardada, niveles plasmáticos más estables y prolongados, con el objeto de disminuir el número de fármacos o dosis al día sin perder eficacia.

Está comercializado en España un sistema para la liberación retardada de metilfenidato, que incorpora la tecnología OROS. Se trata de una bomba de liberación del fármaco por presión osmótica, que se ingiere y se activa mediante la absorción del agua en el estómago y el tracto intestinal. La presión libera un flujo continuo de líquido que contiene metilfenidato y, por tanto, se mantienen sus niveles estables en plasma durante 10-12 horas.



de TDAH en la escuela, mejorar los resultados académicos, potenciar los efectos de la medicación, aumentar la satisfacción y aceptación de los padres y profesores, y mejorar la participación de los adolescentes en el tratamiento. Además, estos beneficios son duraderos, y persisten incluso después del tratamiento.

Otro programa en fase de investigación que está dando buenos resultados es el entrenamiento de los padres y profesores para enseñar habilidades sociales. El entrenamiento de las habilidades sociales suele fallar en los niños con TDAH, debido a que habitualmente se realiza en una clínica, con un terapeuta y con otros niños que no conocen, ni con los que van a

«El TDAH es el trastorno psiquiátrico que puede tratarse de manera más eficaz»

– Las últimas investigaciones aportan más datos sobre la alteración que subyace en el TDAH. ¿Qué es lo que caracteriza este trastorno desde el punto de vista clínico?

– En el TDAH parece subyacer una alteración del funcionamiento ejecutivo o autorregulación. Esta alteración condiciona una «discapacidad» para



anticipar o preparar el futuro, lo que podría denominarse «miopía para el futuro» (*time blindness*). Las personas con TDAH esperan «hasta el último momento». Cuando «el futuro» se convierte en «el ahora», entran en el caos para lidiar con el problema al que de repente se enfrentan. Podría plantearse un símil con el cuento de los tres cerditos: se lo pasan bien sin pensar en el futuro, «hasta que llega el lobo». Es entonces cuando tienen que pedir precipitadamente auxilio al «cerdito previsor». Esta «miopía para el futuro» dificulta la organización jerárquica de la conducta en el tiempo, en función de los objetivos e intereses personales a largo plazo, muy

relacionados con la felicidad. En realidad, no es un déficit de atención sino un déficit de intención, una falta de atención a los eventos mentales y al futuro.

– ¿El TDAH se hereda?

– El factor genético es un factor de riesgo muy elevado de padecer TDAH. Los estudios realizados hasta la fecha revelan que el TDAH está entre los tres trastornos psiquiátricos más determinados genéticamente, junto con el trastorno bipolar y el autismo. Si un niño padece TDAH, su hermano tiene siete veces más probabilidad de sufrirlo, y su madre seis veces más. Si un adulto padece TDAH, sus hijos tienen ocho veces más probabilidad de tenerlo. Dos tercios de los TDAH son de etiología hereditaria (por tanto, es la causa más frecuente); sin embargo, no hay que olvidar que un tercio de los TDAH son adquiridos.

– ¿A qué se deben los casos de TDAH adquiridos?

– Se deben a lesiones en el cerebro en su fase de desarrollo. La mayoría de las lesiones son sutiles y tienen lugar durante el embarazo (por tabaquismo, alcohol, infecciones como la gripe, prematuridad, etc.). La gran mayoría de casos de TDAH adquirido tienen lugar en la fase prenatal. El resto de casos de TDAH adquirido están causados por traumatismos craneales, enfermedades, ictus, tumores, radioterapia, etcétera.

»Un aspecto recién descubierto, concretamente hace 2 meses, es que una pequeña proporción de casos de TDAH puede tener un componente genético, pero no hereditario. Se deben a nuevas mutaciones en los gametos (óvulos o espermatozoides).

Naturalmente, una vez se ha producido la mutación, ésta puede transmitirse a las siguientes generaciones.

– ¿El TDAH se asocia frecuentemente a otras enfermedades? ¿Cuáles son las comorbilidades más frecuentes?

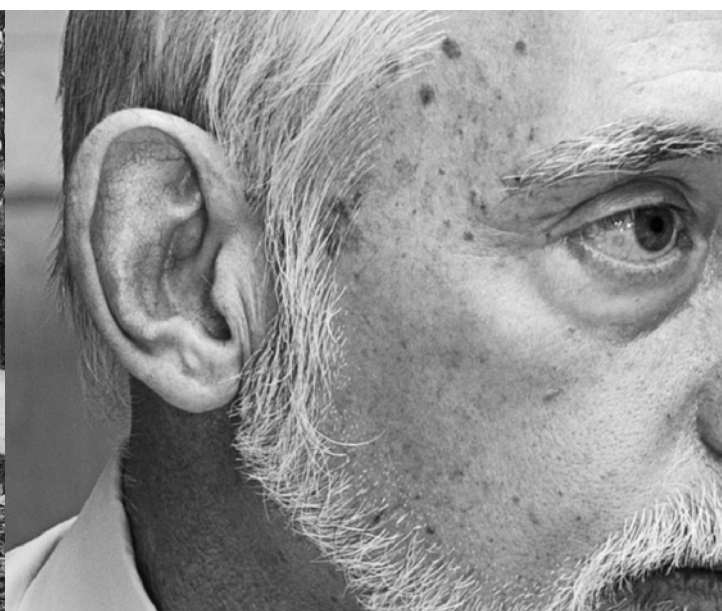
– La mayoría de los pacientes con TDAH (alrededor del 80-85%, niños y adultos) tienen un trastorno concomitante y más del 50% de los niños con TDAH, tiene un tercer trastorno asociado. El TDAH como enfermedad única es poco común. El trastorno que más frecuentemente se asocia al TDAH es el trastorno negativista desafiante, que presenta el 65-80% de los niños con TDAH, según los diferentes estudios. El segundo trastorno más común son las dificultades de aprendizaje (dislexia, etc.), que están presentes en el 35-50%. El motivo por el que las

componente genético, tendrá más probabilidad de padecer ambos trastornos.

– ¿Es importante detectar y tratar estos trastornos?

– Es muy importante, especialmente porque algunas de las enfermedades asociadas al TDAH son tanto o más discapacitantes que el propio TDAH. Por otra parte, hay que recordar que el TDAH no causa estos trastornos y, por tanto, cada uno de ellos tiene su propio tratamiento.

Otros trastornos concomitantes comunes son el trastorno de la conducta, un precursor de la personalidad antisocial (25-45%), la depresión (20-30%) y la ansiedad.



dificultades de aprendizaje y el TDAH se asocian con tanta frecuencia es porque las personas que las presentan comparten algunos genes, pero también porque las personas con TDAH tienen tendencia a casarse o a unirse con personas con dificultades de aprendizaje, y eso es así porque tendemos a unirnos con las personas con niveles de estudios y formación similares. Como promedio, las personas con TDAH tienen menos formación académica que la media (un tercio de ellas no finalizan la escuela), y eso también ocurre con las personas con dificultades de aprendizaje. Su descendencia, al tener tanto el TDAH como las dificultades de aprendizaje un

La ansiedad está presente en un 25% en los niños y en un 35-45% en los adultos. Nosotros hemos demostrado que, cuanto más tiempo pasa una persona con TDAH sin tratamiento, más probabilidad tiene de desarrollar un trastorno de ansiedad.

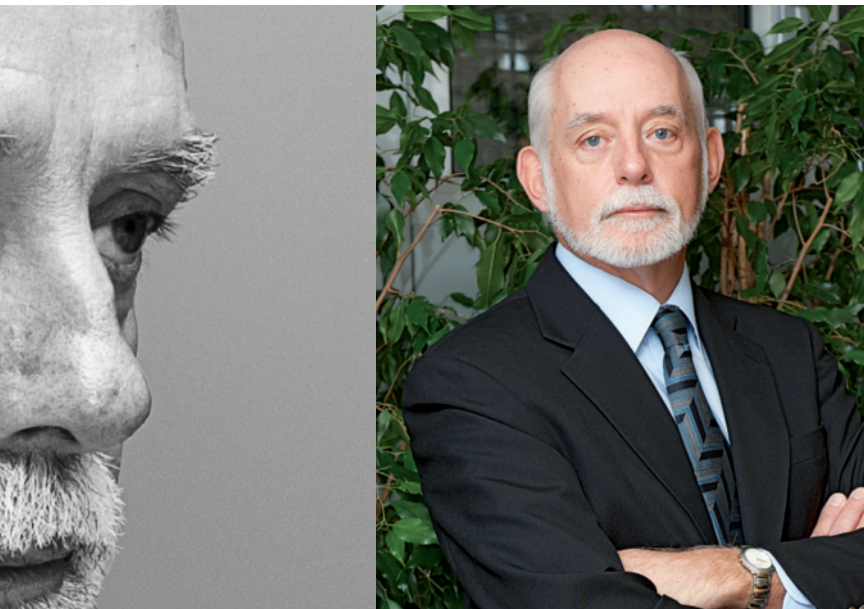
– ¿Qué debe contemplar un buen programa de tratamiento del TDAH?

– El manejo óptimo del TDAH puede resumirse en cinco intervenciones: un diagnóstico adecuado; la educación a la familia para que comprenda la necesidad de realizar un tratamiento adecuado; medicación, modificación y

repetición de las conductas apropiadas, y realizar los cambios o ajustes necesarios en casa, en la escuela y en el entorno social del niño con TDAH (lo que denominamos modificación del punto de *performance*).

»La medicación es un pilar muy importante. El TDAH es «la diabetes de la psiquiatría» y la medicación para el TDAH, es como la insulina para la diabetes. Ojalá tuviéramos para otros trastornos psiquiátricos una medicación tan eficaz como la que actualmente disponemos para el TDAH.

– ¿Cuál es la eficacia del tratamiento farmacológico? ¿Pueden los niños y adultos llevar una vida normal con un tratamiento apropiado?



– Sí, hay estadísticas a este respecto. Durante el periodo en que se administra la medicación a los niños con TDAH, el 55% responde eficazmente y no necesita ningún otro tratamiento para llevar una vida normal. Cuando se interrumpe la medicación, se han de aplicar otros tratamientos, que requieren la implicación de padres y profesores. El 30% de los niños con TDAH mejoran con los fármacos, pero no se normalizan completamente. Este grupo de pacientes necesita terapias adicionales. El 10-15% de los pacientes no responde a la medicación en absoluto. En estos casos, si se

prueban sucesivamente los fármacos disponibles para el TDAH, el 90% responderá. En el 10% restante hay que hacer todo lo posible mediante tratamiento psicológico.

– ¿Cuándo iniciar e interrumpir el tratamiento farmacológico en el TDAH?

– La Academia Americana de Pediatría, en septiembre de 2011, afirmó, con el respaldo de estudios a gran escala, que la medicación actualmente disponible para el TDAH es segura y eficaz en edades tempranas, incluso administrada a niños en edad preescolar.

»Los estudios han demostrado que siempre que el TDAH produzca limitaciones importantes en áreas clave de la vida del sujeto (fracaso escolar, problemas familiares, relaciones con sus compañeros, problemas financieros o laborales, etc.), cuanto más pronto se trate mejor. La evidencia de los resultados sugiere que son peores las consecuencias de un tratamiento tardío (perder los amigos, abandonar la escuela, lesiones, accidentes de circulación en adolescentes...) que los posibles riesgos de la medicación. En definitiva, actualmente hay una necesidad de tratar el TDAH con fármacos más pronto y más eficazmente que antes. Por otra parte, existen estudios que evidencian que los fármacos para el TDAH son eficaces también en la adolescencia y a lo largo de la vida adulta, por lo que cada vez será mayor el número de adolescentes y adultos tratados farmacológicamente. Por ello, la regla actual es que el tratamiento farmacológico debe iniciarse cuanto antes mejor, y debe continuarse, siempre que el TDAH limite algunas actividades importantes de la vida, aunque sea en la edad adulta. Cuando el sujeto no tenga limitaciones importantes debidas al TDAH, puede interrumpirse el tratamiento.

– ¿Cuál es la relación entre el TDAH y las altas capacidades intelectuales?

– Antes existía la creencia de que el TDAH se acompañaba de aspectos positivos o dones personales. Eso lo han argumentado algunos autores para

aumentar la autoestima de los pacientes, pero no a partir de estudios de investigación. Lo cierto es que ni los más de 4.000 estudios que se han publicado sobre el TDAH desde 2006, ni otros anteriores han encontrado evidencias de ello. Eso no significa que muchos sujetos con TDAH sean superdotados en una o más áreas, debido a rasgos familiares; pueden tener una gran creatividad o un excepcional talento para la música, el arte o el deporte, pero estas capacidades no tienen nada que ver con el TDAH. La realidad es que el TDAH es un trastorno muy discapacitante que no

tengan miedo al diagnóstico, que no lo nieguen, porque si no lo aceptan no accederán a tratamientos que puedan cambiar su vida. Uno de los motivos por el que otros profesionales y yo mismo trabajamos en este ámbito es porque podemos producir un gran impacto positivo en la vida de las personas, mayor que en cualquier otra área de la psiquiatría. El tratamiento puede salvar el matrimonio, los estudios y otros aspectos clave de la vida de las personas con TDAH.

– ¿Qué consejo o mensaje daría a las familias?

– Les diría que se trata de un trastorno psiquiátrico probado y bien establecido. Lamentablemente, todavía hay profesionales que cuestionan su validez diagnóstica, a pesar de que en los últimos 5 años se han realizado más de 3.000 estudios sobre el TDAH. Este trastorno es en gran parte neurológico y genético y, por tanto, ellos (los familiares) no lo han causado. No se debe a fallos en la educación, a un exceso de televisión o videojuegos, a un declive de nuestra sociedad... Estos factores se han estudiado y no explican el TDAH. Existe una gran desconexión entre lo que la gente cree, o incluso lo que difunden los medios de comunicación, y lo que los científicos han demostrado. »De lo único que las familias de los niños con TDAH son responsables es de procurar que reciban un tratamiento adecuado.

– ¿Cuál sería su reflexión final?

– El TDAH es el trastorno de la psiquiatría que puede tratarse de manera más eficaz. Disponemos de más fármacos para el TDAH, que producen un mayor grado de mejoría y que normalizan a más gente que en cualquier otro trastorno psiquiátrico. El principal problema es que no los estamos utilizando. Sólo el 50% de las personas (el 10% de los adultos) con TDAH en Estados Unidos siguen un tratamiento para la enfermedad. Ése es el auténtico problema del TDAH, y no sólo en mi país, sino también en España.

aporta ningún beneficio a cambio. Sí es cierto que las personas que tienen que hacer frente a este trastorno pueden vivirlo como un gran reto, un ejercicio de autosuperación para cumplir sus objetivos vitales, hallar las áreas en las que pueden tener éxito y llevar una vida gratificante. El desafío y la lucha contra la enfermedad pueden aportar muchos beneficios personales pero, insisto, eso no tiene que ver con el talento o la alta capacidad, sino con el esfuerzo personal.

– ¿Qué consejo o mensaje daría a los propios pacientes, ya sean adultos o niños?

– Que éste es el trastorno más tratable que conocemos hasta la fecha. Que no





