

Tratamiento de Adultos y Adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención de Hiperactividad (TDAH)

Licenciado Ruben O. Scandar y Lic. Mariano G. Scandar

1. Introducción a la problemática

Con toda seguridad los años '90 han afirmado de manera altamente convincente que el TDAH no es un trastorno de la infancia que remite llegada la adolescencia en porcentajes altos. Sin duda, el desplazamiento del foco de interés de los síntomas ligados a la hiperactividad así como una mejor comprensión de la misma han jugado un rol definitivo en esta evolución. También se amplió el espectro desde el punto de vista del género y se adquirió una mejor perspectiva de la manera en que el trastorno acontece en las mujeres a lo largo de todo su ciclo de vida (Arnold, L. E. 1996, Biederman, J., Faraone, S.V., Mick, et al.1999). Así es que se estima que el 70% de los niños que fueron diagnosticados en su infancia continuaran sintomáticos al llegar a la adolescencia (Barkley, R.A. 1998, Biederman J. et. al 1996; Weiss, G. & Hechtman 1993) y que de ellos, un 50% (Wender, P.H., 1995) seguirán en idénticas condiciones al arribar a la adultez. Siempre siguiendo los criterios de diagnóstico del DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000)). Es probable que la difusión alcanzada por el trastorno, a pesar de los aspectos controvertidos propios de las discusiones mediáticas, haya impulsado a muchos pacientes a buscar ayuda, y no pocos, a raíz de que sus hijos fueron diagnosticados. La cuestión es que estudios epidemiológicos actuales sugieren que probablemente el 4 o 5% de los adultos pueden ser diagnosticados bajo los términos actuales del TDAH (Murphy, K & Barkley, R. A., 1996) y que la proporción de género en los adultos sea 1:1.

Por consiguiente, lo más grave no es ya la cronicidad del TDAH, sino la realidad clínica de que tanto adolescentes como adultos arriban a la consulta con una larga historia de padecimientos y sufrimientos, probablemente no tratados apropiadamente o remediados de forma inadecuada.

Estos padecimientos seguramente se agravan por el hecho de que las comorbilidades son frecuentes (Biederman, J. et. al 1993), la larga serie de fracasos en lo social y académico primero y laboral después, incrementará la posibilidad que adolescentes y adultos se presenten ante nosotros con cuadros de ansiedad y distimia y en no pocos casos, habiendo desarrollado problemas de adicciones al alcohol y a las drogas. Así es que no sorprende el dato de que el 20-25% de los adultos con depresión y un historial de abuso de drogas puedan ser diagnosticados como TDAH en comorbilidad (Arnold, L. E. 1996). Los hallazgos de proporción de drogadependencia y TDAH son similares en adultos y en adolescentes

2. El Trastorno por Déficit de Atención en la Adolescencia Tardía y la Adultez

Debemos hacernos a la idea de que el TDAH como fenómeno de la adolescencia tardía y la adultez es, difícilmente un trastorno que curse sin comorbilidades. Las características propias del Trastorno ya producen niveles de comorbilidad altos en la infancia aún temprana, por ende no debe extrañar que el curso del trastorno concluya con una compleja serie de asociaciones, ya que el TDAH es un factor de riesgo para la aparición de otras dificultades. Así es que la combinación de los síntomas típicos e TDAH, ansiedad, depresión, abuso de drogas, dificultades académicas y un persistente rendimiento por debajo de las posibilidades del individuo, forman un panorama complejo que dificulta al clínico establecer un panorama adecuado.

En cuanto a los aspectos más ligados a la esfera cognitiva, a diferencia de los niños pequeños y de los púberes, los adolescentes y adultos jóvenes pueden ser por sí mismos una fuente importante de comprensión de su “estar en el mundo” desde la perspectiva del TDAH y pueden informarnos sobre sus áreas las principales áreas de conflicto emocional estrechamente vinculadas al trastorno, especialmente desde la óptica motivacional así como darnos claras indicaciones sobre su estilo cognitivo y sobre sus desarrollos metacognitivos (Sandler, A. D. et al, 1993) .

Los adolescentes y adultos jóvenes que aún se encuentran realizando estudios suelen presentar en el área académica grandes dificultades en dos aspectos importantes: el mantenimiento de la atención y en la organización. Sin embargo, los hallazgos no son parejos y varían muy sensiblemente, dependiendo de las temáticas. Motivo por el cual, un adecuado asesoramiento en la selección de las carreras y los cursos puede minimizar las dificultades.

Las dificultades en el procesamiento fonológico a las que se presta tanta atención en la infancia no son tan estimadas en estas edades, pero sin embargo, todo el espectro de dificultades psicolingüísticas todavía juega un rol importante en la capacidad de comprensión/expresión oral y escrita en los adolescentes y adultos con TDAH dificultando su participación académica y su desarrollo laboral.

Otro tanto puede decirse de las dificultades mnémicas, en especial referencia a la memoria de trabajo, lo que produce un rendimiento por debajo de las posibilidades en el aprendizaje de las ciencias y las matemáticas y en el perfeccionamiento del lenguaje escrito. No pocos adolescentes, tienen conciencia de esto y desarrollan en sus métodos de estudio estrategias: notas, mapas conceptuales, etc. con el fin de afrontar con estas dificultades.

Un área cognitiva deficitaria hallada en estricta relación con ésta es el pobre desarrollo de habilidades metacognitivas. Es decir, la capacidad para reflexionar sobre la propia experiencia cognitiva, adquirir perspectiva sobre la manera en que se conoce, se aprende y se actúa en consecuencia (Brown, A. L. & De Loache, J. S., 1978). El desarrollo de las habilidades metacognitivas es importante como veremos posteriormente, porque forma parte no sólo de los procesos de regulación del conocimiento sino del sí mismo y por ende, de ellos dependen alguna medida que se habiliten líneas de trabajo cognitivo altamente relevantes para el tratamiento del paciente.

El déficit metacognitivo produce que el joven o el adulto aplique métodos de afrontamiento que no reflejan el adecuado enriquecimiento, por ende, se cronifican formas de afrontamiento y patrones de comprensión disfuncionales. Es decir, que repiten estrategias en vez de explorar alternativas cuando una técnica no rinde los resultados esperados. Este fenómeno ha sido muy estudiado en primera instancia con respecto al desempeño académico (Sandler, A. D., 1995) pero también se ha extendido al campo de las terapias cognitivas (Wells, A., 2000) y en la comprensión de sus dificultades emocionales. En la adolescencia tardía como en la adultez, la persona es evaluada en un doble proceso intelectual: una mirada a sus desempeños en el primera infancia y el inicio de la pubertad por un lado y por el otro, su estado actual. Así es que además de observar los requisitos del DSM-IV, durante este período existen dos líneas de observación, según atendamos más a la hiperactividad-impulsividad o bien, a la inatención.

Si observamos el primer aspecto buscamos los siguientes puntos (al menos 2 de cinco) luego de comprobar que reunía los criterios diagnósticos en la infancia (Wender, P., Wood, D.& Reimherr, F. , 1991):

- Labilidad afectiva

- Inhabilidad para completar tareas
- Temperamento Intenso/Disfórico
- Impulsividad
- Baja tolerancia al Stress (en ausencia de trastorno antisocial, depresión mayor, personalidad borderline, esquizofrenia o trastorno esquizo afectivo).

Los conocidos Criterios de Utah que han sido criticados por no prestar atención a otros aspectos más estrechamente a los problemas vinculados con la inatención (Brown, T. E. 1995):

- Nivel de activación y organización en el trabajo
- Mantenimiento de la atención
- Mantenimiento del esfuerzo y regulación del nivel energético
- Cambios frecuentes del estado del humor y excesiva sensibilidad a la crítica o desaprobación
- Dificultades mnémicas

La crítica de T. E. Brown apunta a la falta de una adecuada apreciación de cómo continua el curso de los niños con problemas atencionales a través de la adolescencia y la vida adulta.

3. El Tratamiento Multimodal del TDAH en la Adolescencia Tardía y la Aduldez: Introducción

Los estudios realizados a la fecha sobre la eficacia de tratamientos se asientan en la experiencia masiva de investigaciones sobre menores de 16 años y en el caso del amplio estudio auspiciado y controlado por National Health Institute de los E.U.A. realizado en diversos sitios y denominado Multimodal Treatment Study of Children with AD/HD (MTA, Corporative Group, 1999) en niños entre 7 y 9 años, sin embargo también existe experiencia coincidente en adulto. Así es que lo primero que hemos de afirmar que la opción del Tratamiento Multimodal sigue siendo lo recomendado y sus formatos dependerán de las comorbilidades. Obviamente el Tratamiento de primera elección sigue siendo el farmacológico y luego las intervenciones psicosociales que comienzan por la psicoeducación y terapias cognitivo comportamentales.

No obstante, nos gustaría que se tomaran en cuenta las siguientes recomendaciones antes de establecer el tipo y calidad de intervenciones del tratamiento multimodal, las mismas son las resultantes de estudios convergentes de la necesidad de realizar un proceso de “tailoring¹” del tratamiento (Jensen, P. & Abikoff H. , 2000 y Beutler, L & Harwood, M. 2000).

Recomendaciones específicas y no específicas para el proceso de tailoring del tratamiento	
Modelo de Jensen & Abikoff (2000)	Modelo de Beutler & Harwood (2000)
<input type="checkbox"/> Edad y capacidad intelectual del niño y su familia	<input type="checkbox"/> Establecer e nivel de discapacidad/desajuste.

¹ El término “Tailoring” no posee una traducción literal al castellano. En psicoterapia se utiliza para denominar a los tratamientos que se diseñan según las singularidades del paciente, en oposición a los tratamientos estandarizados que se aplican a todos los pacientes que cumplen con determinados criterios diagnósticos.

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Severidad y Urgencia de la condición en sí misma <input type="checkbox"/> Historia de tratamientos realizados y de sus efectos <input type="checkbox"/> Factores familiares, incluyendo la presencia de psicopatología en los padres y/o otros miembros de la familia <input type="checkbox"/> La habilidad y voluntad de los padres para aplicar las recomendaciones del tratamiento <input type="checkbox"/> Los deseos y preferencias familiares acerca del tipo específico de tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evaluación de los recursos familiares y sociales <input type="checkbox"/> Stress y severidad subjetiva/objetiva de los síntomas <input type="checkbox"/> Complejidad del Problema: Comorbilidades, cronicidad, tratamientos fallidos previos <input type="checkbox"/> Estilo de Afrontamiento: a. externalizador y b. internalizador <input type="checkbox"/> Rasgos de Resistencia: a mayor resistencia menos comportamiento directivo a menor resistencia mayor espacio para intervenciones directivas.
---	--

4. El Tratamiento Multimodal del TDAH en la Adolescencia Tardía y la Adultez: Aspectos Farmacológicos

Dado que no es el fin de esa presentación extendernos sobre la cuestión, nos gustaría simplemente reproducir un algoritmo farmacológico que goza de buena aceptación, no sin antes aclarar, que las intervenciones farmacológicas exclusivas no son nunca la única opción y mucho menos cuando hablamos de resultados a largo plazo y no en el sentido de largo plazo del estudio MTA que no llegó a los 2 años. Sin embargo, la opción farmacológica forma parte del “menú” de posibilidades y no debe descartarse en ningún caso severo.

Sinopsis de Algoritmos farmacológicos para el ADHD y sus eventuales comorbilidades Spencer, T., Wilens, T., Biederman, J., Wozniak, J. & Harding Crawford, M. (2000)	
TDAH (Simple = sin comorbilidades)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estimulantes <input type="checkbox"/> Inibidores de la recaptación de la noradrenalina (ISRN) <input type="checkbox"/> Antidepresivos Tricíclicos (TCAs) <input type="checkbox"/> Brupropion <input type="checkbox"/> Clonidina/Guanfancina
TDAH + Trastorno Depresivo Mayor	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estimulantes – Inhibidores de recaptación de la serotonina (SSRIs) <input type="checkbox"/> TCAs/Brupropion \pm Estimulantes / ISRN
TDAH + Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estimulantes + potentes benzodiacepinas <input type="checkbox"/> ISRN + IRSS <input type="checkbox"/> Estimulantes + buspirona <input type="checkbox"/> TCAs <input type="checkbox"/> Bupropion <input type="checkbox"/> Estimulantes + IRSS
TDAH + Trastorno de Conducta	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Clonidina/Guanfancina \pm Estimulantes <input type="checkbox"/> Betabloqueantes + Estimulantes
TDAH + Tics	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Clonidina/Guanfancina

	<input type="checkbox"/> TCAs <input type="checkbox"/> Estimulantes + TCAs ± Clonidina/Guanfancina
TDAH + Manía	<input type="checkbox"/> Litio/Carbamazepina/Ácido Valproico (Otros anticonvulsivantes) ± Estimulantes/Clonidina/ TCAs / Bupropion
TDAH + Múltiples Comorbilidades	<input type="checkbox"/> Diríjase a cada comorbilidad <input type="checkbox"/> Establezca prioridades por severidad
TDAH: altamente resistentes al tratamiento	<input type="checkbox"/> Indague y evalúe antiguas o nuevas comorbilidades <input type="checkbox"/> Considere farmacoterapias alternativas o abordajes combinados

5. Tratamientos Psicosociales del Adolescente Tardío y el Adulto con TDAH

5.1. Objetivos

Los principales objetivos que tienen los tratamientos psicosociales en los pacientes con TDAH son diversos y es en función de la evaluación correcta del caso que debemos establecer mayor énfasis en un aspecto u otro.

Objetivos de las Intervenciones Psicosociales
<input type="checkbox"/> Psicoeducar al paciente adolescente/adulto acerca de la naturaleza psicobiológica del trastorno, su curso, los factores comórbidos existentes o no y los beneficios o riesgos de los tratamientos que se consideran aplicables <input type="checkbox"/> Monitorear y supervisar el ajuste de los pacientes al tratamiento prescrito <input type="checkbox"/> Enseñar a los padres, cónyuge y al paciente mismo estrategias cognitivo-comportamentales para hacer frente a los problemas emergentes de la condición <input type="checkbox"/> Proveer psicoterapia a los familiares del paciente y al paciente mismo

Si bien los estudios del MTA (MTA 1999) establecieron que un tratamiento farmacológico altamente ajustado es la mejor opción, también dejaron claro tres aspectos que nos interesan particularmente:

- La combinación con tratamiento psicosociales permitió idénticos resultados a menores dosis.
- Un grupo de pacientes no pudo ser ajustado a ningún formato de tratamiento farmacológico, dejándonos por consiguiente las opciones psicosociales como único recurso.
- Aunque el tratamiento farmacológico fue el más eficaz al atacar los síntomas básicos, no produjo mejores resultados sobre algunos aspectos o síntomas secundarios del TDAH que las intervenciones psicosociales.

Algunos de los síntomas “secundarios” solamente lo son porque no los escrutamos para realizar el diagnóstico. Sin embargo, son altamente relevantes ya que abarcan el amplio espectro que va desde las dificultades para regular los estados emocionales a las dificultades en el desarrollo de habilidades sociales. En este sentido, Betsy Hoza (Hoza,

2001) aunque no comparte la posición nuestra sobre el peso de lo conductual en los tratamientos del MTA, señala:

“Aunque la reducción de los síntomas de TDAH es una parte necesaria del tratamiento para los niños con TDAH, esto no es por lejos suficientemente. Yo iría tan lejos como para afirmar que los problemas causados por el TDAH (por ejemplo, el rechazo de los pares, el perjuicio en las relaciones familiares, los fallos académicos, etc) son los más dolorosos y angustiantes problemas que las familias y niños con TDAH deben afrontar y no los síntomas mismos. Deafortunadamente, es particularmente cierto, que estos problemas típicamente no desaparecen una vez que los síntomas se han reducido”.

Agregaría que, en especial en el casos de los pacientes con TDAH predominantemente inatentivo, que padecen más bien de “olvido” social que de rechazo social, el mejoramiento que proporciona la intervención farmacológica, no necesariamente los saca de su mundo de fantasía, de su pauta de aislamiento y de evitación. También es cierto, que las intervenciones estrictamente comportamentales no parecen ser las más útiles para quienes padecen síntomas con predominio del factor internalizador, en estos pacientes el uso de técnicas de evocación y confrontación parece ser necesario. Por ejemplo, técnicas narrativas adaptadas a la edad y de atención en vez de evitación del foco que provoca el distress. Esto es particularmente útil para combatir un típico síntoma del TDAH: la procrastinación.

Por otro lado, la investigación del MTA se concentró fuertemente en el abordaje predominantemente cognitivo conductual de logros de performances específicas y no el desarrollo de habilidades. Conseguir que el niño exhiba una performance apropiada de una habilidad aprendida está en el rango de los tratamientos estrictamente conductuales y es muy apropiado para intervenciones rápidas. No obstante, el desarrollo de habilidades, requiere formatos de tratamiento más extensos. Estos párrafos pretenden alertar sobre una lectura simplista de los resultados de los estudios del MTA.

5.2. Psicoeducación

La Psicoeducación es el primer recurso que tenemos frente al TDAH. Como sabemos:

“El abordaje psicoeducativo surgió en el contexto de la Terapia Familiar de pacientes con esquizofrenia. Mediante la utilización de técnicas terapéuticas clásicas en torno de un texto didáctico, se procuraba que la familia aprendiese lo necesario sobre las causas, los síntomas, los tratamientos, el curso posible de la enfermedad y, finalmente, sobre las formas más apropiadas de vincularse entre sí y con el paciente.

“La reunión del material didáctico con las técnicas terapéuticas permitió mejorar “la expresión de las emociones” (E.E.) de cada uno de los familiares de estos; lo que se reveló como una parte importante en la evitación de las recaídas. Aunque el concepto de E.E. es, ciertamente criticable, se ha mostrado parcialmente útil para comprender qué aspectos cognitivos se deben corregir o mejorar. El éxito del modelo psicoeducativo en este contexto motivó a los profesionales de la salud mental a intentar su uso frente a otros trastornos. Invariablemente, se reveló como un método eficaz y seguro, motivo por el cual se lo adoptó también en el campo de los trastornos de la infancia que nos ocupan.” (Scandar, R. 2000)

La realización del diagnóstico y la explicación a todas las personas involucradas de las características del trastornos, su origen, curso y maneras más exitosas de afrontarlo cuando se unen a una aceptación, en especial, del origen neurobiológico del mismo; han

resultado ser elementos altamente poderosos. En gran medida, porque en vez de seguir buscando soluciones mágicas, se produce una aceptación de sí mismo por parte del paciente, una liberación emocional en padres y cónyuges y a la vez se facilita en éstos la aceptación del paciente (por ejemplo, será posible que el medio social haga demandas más razonables). Si bien es cierto que hay tratamientos y consejos que modificarán la manera de comportarse del paciente, gran parte del éxito consiste en “ingeniería ambiental”, es decir en todo aquello que se ha de modificar en el entorno.

5.2. El entrenamiento parental en adolescentes

Obviamente, aunque forma parte de la psicoeducación, tiene una estructura altamente didáctica, también tiene muchos ingredientes de psicoterapia. Probablemente sea Arthur L. Robin quien más y mejor ha escrito sobre el proceso de entrenamiento de familias con hijos adolescentes con TDAH y cómo resolver sus conflictos (Robin, A. L. , 1998 y Robin, A. L. & Foster, S.,1989). A continuación exponemos un cuadro de las principales intervenciones, más allá de las que implican el uso de intervenciones comportamentales (contratos comportamentales, economía de fichas, etcétera) y de terapia sistémica en el cuadro siguiente.

<p>Principios de Crianza para Adolescentes con TDAH Robin, A. L. , 1998</p>

Diez Ideas básicas (Barkley, R.A.)

1. Proporcione al adolescente inmediata retroalimentación a sus conducta positivas.
2. Proporcione al adolescente retroalimentación más frecuente.
3. Administre consecuencias más poderosas para sus comportamientos (especialmente refuerzos positivos).
4. Incentive antes que castigar
5. Condúzcase de manera consistente
6. ¡No haga discursos hasta terminar hablando sin sentido, actúe!.
7. Planifique en forma anticipada los problemas posibles de cada situación
8. Tenga presente que su hijo es “diferente”.
9. No personalice los problemas o trastornos. Por ejemplo: esto te ha salido mal es diferente que sos defectuoso, tú haces mal las cosas.
10. Sepa perdonar y olvidar.

Ideas adicionales de Robin

11. Aliente áreas de competencia e independencia
12. Divida el mundo en las cosas que usted puede negociar y aquellas que no.
13. Provea adecuadas explicaciones sobre las reglas que no son negociables
14. Involucre activamente al adolescente en la toma de decisión que involucre reglas negociables
15. Mantenga siempre una buena comunicación
16. Supervise o tome nota activamente de las actividades del adolescente fuera del hogar
17. Mantenga estructura y supervisión por periodos de tiempos más prolongados de lo que se haría con un adolescente sin TDAH
18. Sea el pelotón de apoyo de su hijo
19. Aliente al adolescente a desarrollar sus lados fuertes

5.3. Coaching

El asignarle al adolescente o adulto un coach puede ser una estrategia particularmente útil si éste está de acuerdo y revela dificultades para transferir a ámbitos ajenos a la consulta, por ejemplo, el hogar y/o el trabajo/escuela, las competencias aprendidas en la consulta. El mismo puede ser un coach profesional o simplemente un amigo dispuesto a ayudar al paciente a afrontar algunas dificultades específicas o bien, a mantener en marcha un programa de modificación comportamental. La metáfora de que aún los deportistas más dotados necesitan de un “trainer” es apropiada. El coach debe participar activamente en el proceso y en el caso de no ser profesional, tener algunas virtudes “innatas”, tales como asertividad, calidez y una predisposición natural para ver lo positivo en el otro. Sin embargo, lo lógico, es que la participación del coach se vaya borrando (fading) progresiva y rápidamente para que el programa caiga en manos del paciente lo antes posible. Conocido es el hecho, que los programas comportamentales se transfieren mejor en la medida en que incorporan sistemas de automonitoreo, autoevaluación y autoreforzo. De lo contrario, los efectos positivos iniciales se perderán rápidamente.

5.4. Psicoterapias

Aunque las distintas psicoterapias existentes no son estrategias particularmente útiles para atacar los síntomas centrales del TDAH, no es menos cierto que pueden ser de gran

valor con algunos síntomas secundarios y en aliviar por ejemplo, algunos cuadros que se presentan en comorbilidad. El uso de terapias cognitivas para afrontar exitosamente la ansiedad y la depresión tienen un status reconocido que no es necesario fundar aquí. En opinión del autor, la psicoterapia puede ser particularmente útil en el caso de las personas con TDAH en ayudarlas a modelar “su propio TDAH”, es decir, conocer acabadamente la manera en que el trastorno se “encarna” en él, indagar su manera natural de afrontar esta diferencia neurobiológica (por ejemplo, negándola, sobrecompensándola, deprimiéndose, etcétera) y ayudando al paciente a crear un sistema de “prótesis” intelectuales como físicas para lograr disfrutar los aspectos positivos del TDAH y no sucumbir frente a los negativos.

En la adolescencia tardía como en la adultez si se presenta una comorbilidad, hecho por demás frecuente, es importante evaluar el tipo de psicoterapia que puede ser útil como compañía del abordaje farmacológico, pero también, para atender algunas dificultades propias del TDAH que generalmente no responden bien a los tratamientos farmacológicos: la atribución negativa, la dificultad para resolver problemas interpersonales, la procrastinación, la falta de habilidades metacognitivas para afrontar situaciones de estudio/trabajo prolongados y, en especial en los adolescentes y adultos con predominio de problemas de inatención, la tendencia a refugiarse en un mundo de fantasías y a rumiar, con la subsecuente carga agregada de stress y ansiedad.

5.5. Terapias Cognitivas

Como se ha señalado, en la adolescencia tardía y la adultez son los síntomas de inatención vinculados a un funcionamiento deficitario de las funciones ejecutivas los que predominan más que el comportamiento puramente hiperactivo (Milstein, R. Wilens, T., Biederman, J. et. al 1997). Al igual que los niños, los adultos no presentan síntomas de distractibilidad de forma uniforme, sino más bien de manera inconstante y en estrecha relación al medio y al nivel motivacional. El sistema de creencias, las emociones que se le corresponden y la habilidad del individuo para re-examinar su experiencia son elementos fundamentales en la modificación de su situación.

La terapia cognitiva tal como la desarrolló A. Beck (Beck, A., Rush, Shaw, B. y et. al, 1979 y Beck, A., Freeman, A. and Associates, 1990) se aplica de manera bastante diversa en los pacientes con TDAH adultos en comparación a lo usual en otros trastornos. Podríamos decir de manera sintética que el foco en las emociones es bastante enfático, en el logro de adecuadas separaciones entre éstas y los pensamientos involucrados, en el desarrollo de la capacidad atencional hacia los procesos que son pertinentes (ejerciendo deliberado control) y en el examen y modificación del sistema de creencias que alienta que la persona no controle apropiadamente su perfil atencional. Obviamente, esto produce un énfasis menor en los pensamientos y en las conductas (McDermott, S., 2000).

Resulta importante diferenciar la aplicación de terapia cognitiva destinada a tratar los trastornos comórbidos de lo que podríamos llamar cabalmente un “tratamiento cognitivo del TDAH”. En cuanto a lo primero sólo diremos que las terapias estandarizadas para los trastornos específicos siguen siendo eficaces con pacientes con TDAH, siempre y cuando se adapten ciertas intervenciones a las particularidades del paciente. Principalmente, hay que tener en cuenta que los pacientes con TDAH serán mucho más propensos a focalizarse de forma excesiva en los pensamientos disfuncionales una vez que los esquemas se activan, lo cual puede dificultar el cambio en el tono emocional mediante técnicas de terapia cognitiva estándar. Otro punto importante es tener en cuenta la dificultad de los pacientes para cumplir con los experimentos cognitivos entre sesiones, sobre todos aquellos que requieren un registro

día por día y todas aquellas actividades terapéuticas que requieran constancia y planificación.

En cuanto al tratamiento cognitivo de los síntomas del TDAH, debe recordarse siempre, como se dijo anteriormente, que se trata de una parte de un tratamiento multimodal.

Daremos cuenta aquí de forma breve dos áreas importantes íntimamente interrelacionadas, que no abarcan la totalidad de las áreas que deben ser trabajadas con los pacientes, pero que son muy representativas de lo que la terapia cognitiva tiene que ofrecer a pacientes con TDAH. Estas áreas son el manejo de la desregulación emocional y de la evitación cognitiva.

Los pacientes con TDAH tienen frecuentemente como síntoma secundario dificultades para regular sus estados de ánimo. Las características de dicha dificultad es fácilmente diferenciable de un Trastorno del Estado de Animo propiamente dicho, no tanto por la intensidad de los síntomas sino por su corta duración y por su extrema reactividad al ambiente. Más complicado resulta diferenciarlo de la desregulación emocional propia de los Trastornos Límites de la Personalidad. Aunque en este caso, el diagnóstico diferencial se establece a partir de la ausencia de otras características salientes de los cuadros límites como la presencia de relaciones interpersonales marcadas por la idealización y la devaluación, las conductas autodestructivas, la cronicidad de los sentimientos de vacío, etc. Por último, debe destacarse que la comorbilidad de ambos cuadros plantearía la necesidad de un abordaje radicalmente diferente y un pronóstico poco alentador.

Desde la perspectiva cognitiva la desregulación emocional en los cuadros de TDAH es producto de las diferencias existentes en los procesos de atención y percepción de los pacientes con TDAH. Para el modelo cognitivo las emociones y los pensamientos se encuentran interrelacionados de forma tal que la activación de creencias disfuncionales (por ejemplo, “soy un inútil”) irán inevitablemente acompañadas de una emoción acorde a dicha creencia (en este ejemplo, desesperanza, tristeza, etc.). Los pacientes con TDAH son fácilmente atraídos por estímulos de mayor intensidad emocional (no necesariamente positivos), por lo que cuando un estímulo ambiental activa una creencia les resulta bastante difícil realizar una adecuada valoración de las mismas, sino que se focalizan en ella, generando lo que Segal y colaboradores, han denominado “circulo vicioso cognitivo-afectivo” (Segal y Cols., 1996). Los pacientes con TDAH tienden entonces a iniciar espirales descendentes, en las que emociones y pensamientos negativos se retroalimentan y se intensifican mutuamente llegando hasta estados extremadamente breves pero intensos de disforia.

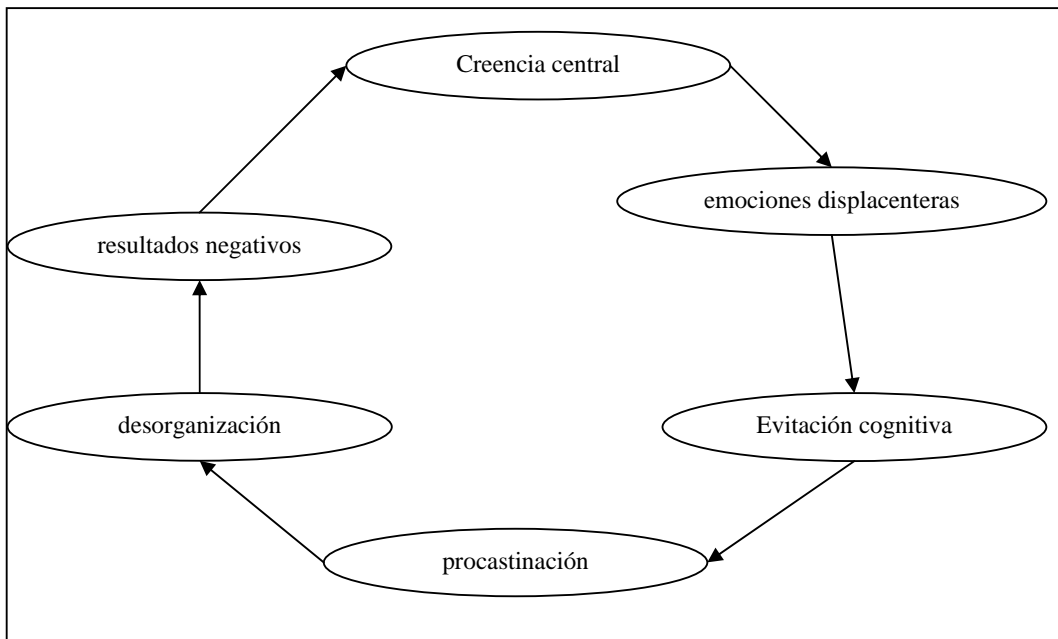
Los pacientes, a consecuencia de esto suelen enfrentar estas situaciones con estrategias de evitación cognitiva (es decir, tomando medidas para evitar que la atención caiga sobre determinados pensamientos), con el fin de evitar respuestas emocionales displacenteras. Esto impide que los pacientes confronten los pensamientos que generan dichas sensaciones y verifiquen su grado de realidad, lo que refuerza la creencia original e intensifica su contenido afectivo.

Paralelamente la evitación cognitiva suele generar la procrastinación de actividades que potencialmente los confrontarían con dichos pensamientos, generando una desorganización que luego es interpretada como prueba de su ineficacia.

La terapia cognitiva suele intentar el desarrollo de creencias alternativas que compitan con las creencias disfuncionales, de forma tal que el paciente fije su atención en creencias adaptativas que van completamente en oposición a las anteriores y que, finalmente, acaban reemplazándolas.

En relación con lo anterior las dificultades de organización suelen generar por un lado dificultades para cumplimentar actividades programadas, pero además suelen ser el

detonante de las espirales descendentes al generar una sensación de falta de control que termina por activar creencias centrales de incompetencia, retroalimentando el círculo vicioso:



En consecuencia, enseñar al paciente a resolver problemas, suele ser una forma de frenar las espirales descendentes mediante el cumplimiento de pasos establecidos que separan las diferentes preocupaciones y frenan de esta manera el efecto “bola de nieve”. El modelo de resolución de problemas clásico (J.Beck, 1993, 2000) es una buena estrategia, primero para que el paciente la realice junto con el terapeuta en las sesiones y posteriormente para que pueda realizarlo de forma autónoma. Esta técnica tiene la ventaja de no sólo disminuir la sensación de sobrecarga sino también de bloquear las frecuentes respuestas impulsivas de los pacientes. Por otro lado la simple enumeración de los problemas en un papel suele transformar la sobrecarga percibida en algo mucho más manejable.

Referencias Bibliográficas

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, D.C. American Psychiatric Association, 2000.

Arnold, L. E. Sex differences in ADHD: conference summary. Journal of Abnormal Psychology, 24: 555-569, 1996.

Barkley, R. A. Attention Deficit Hyperactivity Disorder A Handbook for Diagnosis and Treatment. Second Edition. Guilford Press, New York 1998.

Beck, A., Rush, Shaw, B. y et. al, Cognitive Therapy of Depression: A Treatment Manual. New York, Guilford Press, 1979.

Beck, A., Freeman, A. and Associates, Cognitive Therapy of Personality Disorders, New York, Guilford Press, 1990.

Biederman, J., Faraon, S.V., Spencer T. J., et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150: 1792-1798, 1993.

Biederman, J., Faraone, S.V., Milberger, et. al. "Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: Results from a four-year prospective follow-up study". *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 343-351- 1996.

Biederman, J., Faraone, S.V., Mick, et al. Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38:966-975,1999.

Brown, A. L. & De Loache, J. S., Skills, plans and self-regulation. En R. Siegler (Ed.), *Children's thinking: What develop?* Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1978.

Brown, T. E. Differential Diagnosis of ADD Versus ADHD in Adults. En En Nadeau, K. G. (Eds.) *A Comprehensive Guide to Attention Deficit Disorder in Adults*, Brunner Mazel, New York, 1995.

Hoza, B. Psychosocl Treatment Issues in the MTA: a Reply to Greene and Ablon. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30: Nro1. 126-130. 2001.

Jensen, P.S. & Abikoff, H. Tailoring Treatmens for Individual with Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder: Clinical and Research Perspectives, pp. 637-652. En Brown, T. *Attention Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults*, American Psychiatric Press, Washington DC,2000.

McDermott, S. Cognitive Therapy for Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, pp. 569-606, en Brown, T. *Attention Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults*, American Psychiatric Press, Washington DC,2000.

Milstein, R. Wilens, T.E., Biederman, J. et. al. Preseting symptoms of ADHD in clinically referred adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 2: 159-166, 1997.

Murphy K. & Barkley, R. A. Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: implications for clinical diagnosis. *Journal of Attention Disorders* 1: 147-161,1996.

MTA, Corporative Group, A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit hyperactivity disorder. *Archves of General Psychiatry*, 56, 1073-1086, 1999.

Robin, A. L. & Foster S. *Negotiating Parent Adolescent Conflict. A behavioral-Family Systems Approach.*, Guilford Press, New York, 1989.

Robin, A. L. Training Families with ADHD Adolescents , pp 413-457 en Attention Deficit Hyperactivity Disorder A Handbook for Diagnosis and Treatment. Second Edition. Guilford Press, New York 1998.

Sandler, A.D., Levine, M. D., Hooper, S. R. , Watson, T. E. & Scarborough, A. (1993) Adolescents with and without learning problems. Concurrent and discriminant validity of the STRANDS (Abstract). Journal of Adolescent Health, 14, 53, 1993.

Sandler, A. D. Attention Deficits and Neurodevelopmental Variation in Older Adolescents and Adults. En Nadeau, K. G. (Eds.) A Comprehensive Guide to Attention Deficit Disorder in Adults, Brunner Mazel, New York, 1995.

Scandar, R. El niño que no podía dejar de portarse mal. TDAH: su comprensión y tratamiento. Editorial Distal. Bs. As. 2000.

Spencer, T., Wilens, T, Biedman, J., Wozniak, J. & Harding Crawford, M., Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With Mood Disorders, pp. 79-124 En Brown, T. Attention Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults, American Psychiatric Press, Washington DC,2000.

Weiss, G. & Hechtman L. Hyperactive Children Grown Up 2nd Edition, Guildford Press, New York, 1993.

Wender, P., Wood, D. R., & Reimher, F. W. Pharmacological treatment of attention deficit disorder, residual type. (ADD-RT) in adults. En Greenhill, L.L. & B. B Osman (Eds.), Ritalin: Theory and patient management (pp. 25-33). New York: Mary Ann Liebert, 1991.

Wender, P. H. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. New York, Oxford University Press, 1995.

Wells, A. Emotional Disorders & Metacognition. Innovative Cognitive Therapy, John Wiley & Sons Ltd., Sussex, 2000.