

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD) del Adulto

**Alicia Lischinsky, Teresa Torralva, Fernando
Torrente, Facundo Manes**

**Instituto de Neurología Cognitiva
Buenos Aires, Argentina**

Correspondencia a:

Dr Facundo Manes
Instituto de Neurología Cognitiva
Centro de Estudios de la Memoria de Buenos Aires
Castex 3293 (1425)
Buenos Aires, Argentina
fmanes@neurologiacognitiva.org

Neurobiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés) es una condición clínicamente heterogénea que presenta desatención, hiperactividad e impulsividad. En 1902, George Still describió a los hiperactivos como apasionados, cambiantes y sin control inhibitorio. Ya en ese momento Still se preguntó: “¿cuál será la enfermedad?, ¿cuál será su causa?”.

No ha sido identificada una etiología única para el ADHD y los hallazgos son consistentes con una hipótesis multifactorial. Como otros trastornos neuropsiquiátricos, se cree que el ADHD es causado por una compleja combinación de factores ambientales, genéticos y biológicos. La investigación sobre las bases neurobiológicas del ADHD en adultos ha tenido un impacto substancial en establecer la validez de este desorden. Aunque existe aún cierta controversia, creemos que los actuales datos neurobiológicos son contundentes. Las áreas de estudio que han ayudado a dilucidar la neurobiología de esta condición son cuatro:

- Los factores de riesgo prenatales y perinatales.
- El componente genético.
- Las neuroimágenes (tanto estructurales como funcionales).
- La neuropsicología (que ha sugerido una disfunción de las funciones ejecutivas).

Factores de riesgo prenatales y perinatales.

Dentro de los factores de riesgo pre y perinatales, la exposición al tabaco y alcohol durante el embarazo, así como el bajo peso al nacer y la injuria cerebral dentro del útero (por ejemplo, un traumatismo cerebral intraútero), están relacionados etiológicamente con el ADHD. Las investigaciones sobre el estado socioeconómico, la edad de la madre en el momento del nacimiento y el coeficiente intelectual (IQ) de los padres revelan que estos factores no se asocian con un riesgo ni con un factor de protección para el desarrollo del ADHD.

Genética

Han habido estudios de familias, mellizos, niños adoptados, análisis de segregación y de genética molecular que mostraron que el ADHD posee un componente genético substancial. En genética, una heredabilidad 0 (cero) significa que no hay un “input” genético, mientras que una de 1 significa que el trastorno está determinado por los genes. Los estudios de genética familiar han demostrado que la heredabilidad del ADHD es de 0.75 (o sea, el 75% de probabilidades de que la etiología sea genética), siendo este un valor mayor que el de cualquier otra enfermedad neuropsiquiátrica, como por ejemplo ansiedad o depresión. A pesar de que los resultados son todavía tentativos, los estudios de genética molecular sugieren que 3 genes serían los responsables de incrementar la susceptibilidad para el ADHD: el gen del receptor de dopamina D4, el gen transportador de dopamina y el gen receptor de dopamina D2. Los estudios genéticos se han enfocado en estos genes candidatos que participan en la transmisión dopaminérgica debido a 3 razones:

- Las drogas que intervienen en la modulación dopaminérgicas son eficaces en este trastorno.
- Diversos estudios han demostrado que los circuitos frontoestriados dopaminérgicos están implicados en el ADHD.
- Los ratones sin el transportador de dopamina tienen un comportamiento hiperactivo y no responden a las anfetaminas.

Como conclusión se puede afirmar que existe una fuerte evidencia que sugiere un papel genético en la etiología de este desorden. Aunque el modo exacto de transmisión aún es desconocido, probablemente el ADHD sea un trastorno poligénico con varios genes de pequeños efectos determinando la vulnerabilidad para esta condición. La búsqueda de endofenotipos específicos para subgrupos de pacientes es una línea de investigación futura muy interesante.

Neuroimágenes

Las investigaciones con Resonancia Magnética (RM) estructural han evaluado distintas regiones cerebrales. Se tomaron imágenes de RM en pacientes con ADHD y se

realizaron mediciones de estructuras determinadas, comparándolas con sujetos normales apareados por edad, educación y sexo.

Estos estudios neuroanatómicos encontraron varias diferencias entre los pacientes y los controles normales:

- Reducción del volumen cerebral de ^a 3% (controversial).
- Disminución del volumen de varias áreas.
 - lóbulo frontal derecho
 - cuerpo calloso
 - cabeza del caudado
 - globo pálido
 - putamen
 - cerebelo
- Déficit en la sustancia blanca en el hemisferio derecho.

A través de estudios por imágenes se ha encontrado una disminución en el área estriada izquierda, un cuerpo calloso posterior más pequeño, una menor área estriada derecha y una disminución del volumen cerebeloso.

En la corteza cerebral se encontró una disminución en los volúmenes en la sustancia blanca del hemisferio derecho, lo cual se correlaciona con una disminución en la función ejecutiva. En el cerebelo, el vermis es más pequeño; y en los niños los lóbulos cerebelosos también estarían afectados y tendrían menor volumen.

Macroscópicamente la forma del cuerpo calloso no tendría diferencias; sin embargo, el esplenio (la región posterior que une las áreas parietales y occipitales) es más pequeño. Esto resulta en una menor cantidad de fibras que cruzan entre los hemisferios en la región posterior. El núcleo caudado ha sido objeto de investigación por muchos años.

Normalmente, el núcleo caudado izquierdo es mayor que el derecho. En los pacientes con ADHD habría una inversión de la asimetría, siendo el derecho más grande que el izquierdo. La cabeza del caudado izquierdo sería más pequeña. Previamente no se informaron diferencias estructurales en el putamen. Sin embargo, parecería haber una

inversión de la simetría en algunos niños con ADHD. En niños (varones) con ADHD también se ha visto un menor tamaño del globo pálido derecho, no así en las niñas.

Los estudios de neuroimágenes funcionales pudieron determinar en el ADHD una disminución de la actividad en la corteza prefrontal; se demostró también una disminución en el metabolismo de la glucosa en la corteza prefrontal, una disminución de la actividad de la corteza prefrontal y parietal izquierda, una disminución de los rangos del metabolismo de la glucosa en el área parietal y en el putamen anterior, una disminución en la actividad corteza prefrontal dorsolateral izquierda y un aumento en la corteza prefrontal dorsolateral derecha, un aumento del caudado y actividad en el lóbulo frontal después del uso metilfenidato.

Básicamente se ha demostrado una disminución en el flujo de sangre en el putamen; no se hallaron diferencias en el flujo del tálamo y del caudado (si bien se vio una tendencia no-significativa en el caudado derecho). El metilfenidato altera significativamente el flujo en el putamen y refuerza la memoria de trabajo o working memory actuando a nivel frontal y parietal. Algunos investigadores sostienen que los síntomas del ADHD estarían relacionados con anomalías funcionales en el putamen.

Debido los estudios de imágenes funcionales ha surgido una nueva idea sobre que el putamen es importante en el ADHD. En un trabajo que realizamos en colaboración con la Universidad de San Diego y con grupos de la Universidad de Iowa y de la Universidad de Texas, comparamos los síntomas de déficit de atención en niños que presentaron un accidente cerebral vascular con los de niños que fueron operados con cirugía ortopédica.

Ninguno de los dos grupos tenía ADHD antes de la enfermedad, pero los niños que presentaron ACV y no tenían síntomas de hiperactividad desarrollaron muchos más síntomas de ADHD después del ACV. Esta asociación también se relacionó con cambios cognitivos. Lo importante de este trabajo fue demostrar que una lesión cerebral puede aumentar los signos de ADHD. Luego encontramos una asociación entre una lesión en el putamen y la aparición de síntomas de ADHD. De 25 niños con ACV, 15 presentaron síntomas de ADHD. Siete de los 25 tenían lesiones en el putamen ventral posterior, y 6 de este grupo presentaban síntomas de ADHD.

Como conclusión de la neuroanatomía del ADHD se puede resumir que existe una disfunción en los ganglios basales y en la corteza prefrontal. El circuito fronto-estriado estaría afectado tanto funcional como estructuralmente.

Funciones ejecutivas

El patrón de los déficits en las funciones ejecutivas encontrados en sujetos con ADHD es similar al de los adultos con daño del lóbulo frontal, lo cual sugiere que la corteza frontal, el circuito frontoestriado o las regiones que proyectan a la corteza frontal serían disfuncionales en sujetos con ADHD. Se propuso un modelo de disfunción ejecutiva localizado en la corteza prefrontal que explicaría los déficits cognitivos y conductuales asociados con ADHD. Este modelo comprende 5 funciones ejecutivas que permiten a los individuos reconocer y controlar sus acciones para alcanzar un objetivo: a) inhibición de la respuesta, b) memoria de trabajo no verbal, c) memoria de trabajo verbal, d) autorregulación de las emociones, y e) motivación. De estas 5 funciones ejecutivas la inhibición de la respuesta es la más afectada en individuos con ADHD y que este déficit conduce a los déficits observados en las habilidades sociales y psicológicas asociadas con las otras 4 funciones ejecutivas. Los tests que han sido hallados anormales en la evaluación de pacientes con ADHD son: el Wisconsin Card Sorting Test, el Stroop, la Torre de Londres, la Torre de Hanoi, “*n*-back” memoria de trabajo, y el Go-No-Go. En un estudio reciente, se encontraron diferencias en la función del cíngulo anterior en cerebros de pacientes con ADHD y controles sin ADHD. Adultos sin medicación realizaban una variante del Stroop que mide inhibición de la respuesta. Los adultos con ADHD demoraban más tiempo en realizar la prueba. Ambos grupos también activaron diferentes áreas cerebrales para completar la prueba. En los sujetos normales se activó el cíngulo anterior; no así en el ADHD en los que se observó una activación del sistema fronto-estriado-insular-talámico. El cíngulo tendría importancia en la atención sostenida, y los pacientes con ADHD tendrían alterada esta función. Sin embargo, muchas veces no se observan anomalías en el Wisconsin, el Stroop o en la memoria de trabajo en la evaluación neuropsicológica de los adultos con ADHD. Recientemente se utilizamos nuevos métodos de evaluación más ecológicos de las funciones ejecutivas que podrían detectar los problemas de la vida cotidiana de estos pacientes (Torralva y col. 2005). Estos tests ecológicos incluyen el El Iowa Gambling

Task, el test del Hotel, en el que se pone al paciente a realizar tareas de la vida diaria como si fuera el conserje de un hotel, o tests en los que se deben realizar tareas complejas de la vida diaria y evalúan fallas de interpretación, ruptura de las reglas y fallas en las tareas.

Conclusiones

Diversos estudios neuropsicológicos, de neuroimágenes y de neurotransmisores en ADHD, sugieren claramente una base neurobiológica; sin embargo, la etiología exacta de este trastorno todavía es incierta. Los hallazgos de diferentes ramas de investigación son consistentes con una hipótesis multifactorial (factores ambientales, genéticos y biológicos). El circuito frontoestriado está afectado, tanto funcional como estructuralmente. Las pruebas cognitivas ecológicas serían más sensibles para detectar la disfunción ejecutiva en los adultos con ADHD.

Neuropsicología del ADHD en el adulto

Aunque la mayoría de los conocimientos sobre el Desorden de Atención con Hiperactividad (ADHD) provienen de observaciones clínicas e investigaciones en niños, la comprensión de este síndrome en adultos está creciendo rápidamente. Se sabe que tanto los niños como los adultos con ADHD comparten características clínicas similares, similares comorbilidades, presentan dificultades en las mismas áreas (académicas / laborales) y probablemente compartan ciertas anormalidades cerebrales.

Los estudios más recientes revelan que los déficit neuropsicológicos en adultos con ADHD son consistentes con aquellos descritos en niños. No hay consenso en la construcción de un perfil neuropsicológico específico del adulto con ADHD, sin embargo los diversos estudios de investigación realizados hasta la fecha, han demostrado consistentemente disfunción en determinados dominios cognitivos como los descritos a continuación.

1) Atención: Junto con la inhibición, la atención es uno de los dominios neuropsicológicos más relacionado con el ADHD. Por mas de 20 años las conceptualizaciones del ADHD han incluido los síntomas atencionales. Estudios

recientes relacionados con la sintomatología del ADHD en el adulto sugieren que mientras que los síntomas de hiperactividad e impulsividad pueden disminuir con la edad, los síntomas de atención se mantienen estables durante toda la vida, enfatizando la importancia y centralidad de estos síntomas en este desorden (Biederman, Mick & Faraone, 2000). El CPT (Continuous Performance Test), es un método experimental que puede ser ampliamente modificado para evaluar los diferentes componentes de la atención sostenida. Como muchos otros tests neuropsicológicos, el CPT produce múltiples variables dependientes, reflejando los distintos componentes de las operaciones mentales (ej. Tiempo de reacción, errores de omisión, y falsas alarmas). Las diferentes versiones del CPT (en especial los errores por omisión) han demostrado un alto nivel de discriminación (78%) entre adultos con ADHD y controles normales. Algunas otras pruebas tales como el PASAT (Paced Auditory Serial-Addition Task) también ha demostrado ser útil en determinar déficit atencional.

Las *distracciones en la atención* son especialmente relevantes en pacientes con ADHD ya que son parte de los criterios diagnósticos y una de las quejas más frecuentes de los pacientes adultos con ADHD. Una prueba que mide distractibilidad es el Stroop task, generalmente considerado un test de inhibición (al menos en la condición de conflicto entre palabra y color) y que ha demostrado tener un poder de discriminación muy significativo (73%). Otras pruebas que han resultado útiles en este sentido, son: las pruebas de cancelación de letras, de discriminación auditiva y de alternancia entre sets.

2) Inhibición: la inhibición juega un rol crítico en el ADHD. Trabajos de Barkley (1997), entre otros, han ligado la habilidad para inhibir respuestas como una de las capacidades descendidas en los niños con ADHD. Muchas medidas de inhibición motora han sido utilizadas con cierto éxito para identificar déficit en niños y adultos con ADHD. Algunas de ellas son: el CPT errores por comisión, el MFFT (Matching Familiar Figures Test) y el Stop Signal Test. Siendo este último, uno de los que mayor poder de discriminación ha tenido. En conclusión, el patrón de los hallazgos de las diferentes investigaciones ha demostrado que la inhibición está particularmente afectada en este trastorno cuando una respuesta conductual preponderante está establecida.

3) Otros tests de Funciones Ejecutivas: Más allá de los dominios de atención e inhibición, un número de tests que evalúan otras funciones ejecutivas han sido utilizados para evaluar adultos con ADHD. Una de las pruebas más reconocidas de

funciones ejecutivas que ha sido utilizada frecuentemente en adultos con ADHD es: el Trail Making Test, en sus dos versiones. El Trails A esencialmente mide una combinación de scanning visual y velocidad perceptivo-motora y el Trails B agrega un componente ejecutivo: alternancia de categorías (shifting set). El Trails B es ligeramente más sensible a los déficits asociados al ADHD que el Trails A, pero el hecho que la versión B tiene una sensibilidad ligeramente superior a la versión A sugiere que la velocidad de procesamiento en sí misma es una parte importante del déficit. La fluencia verbal es otra de las medidas conocidas de funciones ejecutivas. El Controlled Word Association Test (COWAT) mide tanto la fluencia verbal fonológica como la semántica. Este test combina el rápido acceso al lexicon, la persistencia y la velocidad de procesamiento de información. El 87% de los estudios demostraron que los adultos con ADHD manifiestan déficit en este test.

Otras medidas ejecutivas como el TMT-B de la batería de Halstead-Reitan, la torre de Hanoi y mediciones de memoria de la figura compleja de Rey fueron utilizadas para discriminar adultos con ADHD. Todas estas pruebas requieren que el sujeto realice una serie de actividades motoras complejas, no verbales, para completar la tarea. Además requieren planificación y de alternancia entre sets. Los adultos con ADHD tienen una peor performance en estas pruebas que sus controles normales.

La literatura neuropsicológica general considera al Wisconsin Card Sorting Test (WCST) como una de las mediciones centrales de las funciones ejecutivas. El primer factor del WCST, la perseveración es una medición clásica de la actividad cortical dorsolateral prefrontal. Sin embargo, una revisión de la literatura en ADHD permite corroborar que este test arrojó un solo resultado positivo en la discriminación entre adultos con ADHD y sus controles. Dado que el WCST discrimina razonablemente bien a los niños con ADHD, dos posibilidades pueden ser consideradas para explicar esta diferencia en la sensibilidad. Los resultados encontrados en adultos podrían deberse a que el test es demasiado simple para los adultos y por lo tanto tiene un efecto de techo o que los adultos con ADHD mejoran en este test en relación a los controles a medida que van creciendo (Hervey A, 2004).

4) Memoria: Numerosas investigaciones teóricas y empíricas sugieren que hay una serie de factores que conllevarían a que los niños con ADHD presenten déficit de memoria, tales como dificultades en la atención, en el procesamiento de la memoria,

posiblemente involucrando la selección de estrategias basadas en el déficit ejecutivo. Probablemente, estos mismos factores jueguen un rol en el desempeño en las pruebas de memoria en adultos con ADHD. Mas allá de la amplia variedad de tests utilizados para medir esta función en diversas investigaciones (WAIS, California Verbal Learning Scale, Weschler Memory Scale, Figura de Rey, Delayed Oculomotor Response Task), la consistencia en los hallazgos es un factor a considerar. No se encontraron diferencias en pruebas de memoria cuando los estímulos eran visuales tales como figuras (Figura de Rey, Visual Reproduction – Weschler). Esto es consistente con datos de estudios de fluencia verbal, donde los adultos con ADHD fallaban en respuesta a cues verbales, pero este déficit desaparecía cuando podían utilizar una ayuda visual para evocar el material verbal. Una manera de interpretar esta performance es a través del modelo de Baddeley & Hitch (1974, 1994) de memoria de trabajo. Los resultados de estos estudios sugerirían un déficit en el bucle fonológico y no así en el visuoespacial, quizás debido a un déficit de atención en el bucle fonológico – o mas específicamente a los componentes verbales de este bucle (Hervey A, Epstein J & Curry J, 2004).

En el Test de Aprendizaje verbal de California, existe una diferencia significativa entre los adultos con ADHD y los controles normales. Los datos indican que los adultos con ADHD adoptan una estrategia de organización de la información menos eficiente.

La memoria inmediata y la memoria a corto plazo medida por el subtest de Repetición de Dígitos del Weschler, se encuentra aparentemente descendida en adultos con ADHD. En resumen, los pacientes adultos con ADHD, presentan déficit de memoria, aunque estos déficit varían en relación a la medida con que fue evaluada la función. Los déficit pueden ser de recuperación, codificación y capacidad de reconocimiento /organización de las palabras vía clúster semántico. Aparentemente los ADHD utilizan una organización serial mas que una organización semántica.

5) Velocidad de Procesamiento y Velocidad Motora : La velocidad de procesamiento y motora son dos áreas muy importantes para determinadas habilidades cognitivas. Es interesante, en un trastorno cuya definición incluye la sobre reacción, determinar si los tiempos de reacción o la velocidad motora pueden dar cuenta al menos parcialmente de los déficit en las pruebas neuropsicológicas. Una tendencia que puede observarse en este grupo es que a medida que la demanda en el procesamiento cognitivo ocurre junto con alguna actividad motora, aparentemente hay un relativo aumento de los tiempos de reacción en función de esas demandas cognitivas. Algunas pruebas utilizadas para ver

tiempos de reacción y velocidad de procesamiento son: CPT, Trails –A, 3RT Test, y el Stop Signal Test.

6) Inteligencia: Existe una larga tradición de usar los subtests o los factores de las Escalas de Inteligencia de Wechsler para el diagnóstico de ADHD en niños y adultos. Los adultos con ADHD presentan déficit en la velocidad perceptivo-motora evaluada por el subtest de Dígitos-Símbolos. Este subtest junto con el subtest de Aritmética que evalúa memoria de trabajo, son los subtests con mayor poder de discriminación. El Coeficiente Intelectual es generalmente mas bajo en pacientes con ADHD que en sus controles. Por lo tanto, el deterioro cognitivo general da cuenta de una amplia parte de la varianza del déficit cognitivo en adultos con ADHD, similar lo que ocurre en niños. Conceptualmente, los índices de Memoria de trabajo y de Velocidad de Procesamiento del WAIS-III son los mas probables de detectar déficit en personas con ADHD.

7) Pruebas con mayor validez ecológica:

Históricamente, la evaluación neuropsicológica y en especial la evaluación de las funciones ejecutivas ha presentado una importante limitación: una baja correlación entre la performance en pruebas ejecutivas y las conductas que se observan en la vida cotidiana (Manchester, 2004). La naturaleza de las evaluaciones formales, realizadas en un ambiente silencioso, sin distracciones, con un coordinador de tareas (evaluador) que explica las reglas, propone tareas, explicita objetivos y promueve o finaliza las tareas, esta lejos de poder reflejar las dificultades propias de quien padece un déficit ejecutivo. Las operaciones de empezar una acción, terminarla, mantenerla y cambiar de tareas, estarían todas ejecutadas por el examinador por lo que dificultades en estos dominios pasarían desapercibidos. Varios autores (Wood, 1987) han resaltado la gran discrepancia que existe entre el desempeño obtenido en pruebas de laboratorio en comparación con situaciones de la vida cotidiana en la que se requieren las mismas habilidades.

Una posibilidad para solventar este problema es utilizar pruebas que tengan validez ecológica. Se utiliza este concepto en referencia a pruebas que tengan alta correlación entre el desempeño de un individuo en una serie de pruebas neuropsicológicas y su desempeño en una variedad de ambientes de la vida real tales como la escuela, el trabajo, el hogar o la comunidad. En nuestra experiencia una serie de pruebas con estas

características han sido notablemente mas sensibles en la detección de disfunción ejecutiva en pacientes con diversas patologías frontales (TCE, DFT, ADHD, etc) que las pruebas ejecutivas tradicionales.

Algunas de ellas son:

El “Hotel Test” (Manly, 2002): Esta prueba incluye 6 actividades diferentes que el paciente tiene que completar mientras simula administrar un hotel. Evalúa la organización y planificación de las tareas en un tiempo determinado.

El “MET” (Multiple errands test- Hospital version) (Knight et al., 2002): Esta prueba captura una gama de actividades “de la vida diaria” dentro de un ambiente “de la vida real”. Requiere planificación, desarrollo de múltiples tareas, períodos de tiempo mayores diferenciándose notablemente de las pruebas tradicionales.

El “IGT” (Iowa Gambling Task) (Bechara, 1994): Este test evalúa el proceso de toma de decisiones midiendo la habilidad del paciente de elegir, de entre cuatro mazos de cartas, aquellos que implican una menor ganancia a corto plazo con un mayor beneficio a largo plazo.

Una de las ventajas de estas pruebas es que brindan información cualitativa sobre la naturaleza de los déficits. La observación de las conductas en un ambiente real utilizando pruebas que requieren de la utilización de las habilidades de resolución de problemas, es probablemente la mejor forma de evaluación de los déficit ejecutivos (Sohlberg and Mateer, 2001).

La investigación ha demostrado que todavía no existe un test o una batería de tests neuropsicológicos que posean la validez, confiabilidad y especificidad predictiva adecuada para realizar un diagnóstico de ADHD en el adulto. Por este motivo los profesionales clínicos deben ser muy cuidadosos en la valoración de los resultados de los tests neuropsicológicos. En ningún caso, la evaluación neuropsicológica puede ser el único fundamento del diagnóstico de ADHD.

La evaluación neuropsicológica resulta mucho mas útil cuando se la utiliza como evidencia para fundamentar conclusiones que surgen de la historia infantil, los cuestionarios y un meticuloso análisis del funcionamiento actual.

Diagnóstico y Cuadro Clínico

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad ha sido considerado durante mucho tiempo como un trastorno propio de la infancia que desaparecía o se atenuaba al llegar la adolescencia. En los últimos años ha comenzado a ser reconocido como un trastorno que persiste en la adultez en un 60-70% de los casos, y que puede causar serias dificultades en el desarrollo personal, social, académico o laboral.

Si bien la presentación en el adulto evoca los síntomas reconocidos en la infancia, el cuadro clínico está condicionado por cambios propios de la edad a medida que el individuo madura. Por otra parte en la adultez son muy frecuentes los cuadros psiquiátricos comórbidos que pueden ser más notables e invalidantes que el ADHD en sí mismo y de este modo este último es enmascarado, dificultándose su diagnóstico.

Muchos pacientes que no han sido tratados de niños, llegan a la consulta a partir de ser diagnosticado alguno de sus hijos, toman entonces conciencia de haber tenido dificultades similares que a través de diversas estrategias, desarrolladas espontáneamente, fueron parcialmente compensadas.

Como punto de partida para el estudio de este trastorno debemos considerar los criterios diagnósticos establecidos en el DSM IV. Estos incluyen:

- A. (1) o (2):
- (1) seis (o más) síntomas de **desatención**
- (2) seis (o más) síntomas de **hiperactividad-impulsividad**
- que se presenten más de seis meses con una intensidad desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.
- B. Los síntomas deben haberse presentados **antes de los 7 años de edad**.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes
- (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).
- D. deterioro de la actividad social, académica o laboral.
- E. no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Síntomas de desatención

- no presta atención suficiente
- dificultades para mantener la atención
- parece no escuchar cuando se le habla directamente
- no sigue instrucciones y no finaliza tareas
- dificultades para organizar tareas y actividades
- evita el esfuerzo mental sostenido

Síntomas de impulsividad:

- a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- a menudo tiene dificultades para guardar turno
- a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros

Síntomas de hiperactividad:

- mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- abandona su lugar
- corre o salta o (en la adultez) sentimientos subjetivos de inquietud
- dificultades para actividades de ocio
- «está en marcha»
- habla en exceso

Sin embargo, estos síntomas descritos en los criterios de DSM-IV, no siempre pueden ser identificados claramente en el adulto resultando difícil el diagnóstico por diferentes razones:

- Si el paciente no fue diagnosticado en la infancia, puede ser difícil recabar datos acerca de esa etapa de la vida, especialmente cuando no se cuenta con un informante confiable que recuerde detalles de lo acontecido muchos años atrás.
- Los síntomas de hiperactividad son considerados un rasgo de personalidad, un modo de ser y no son identificados por el paciente como un problema a tratar.
- De acuerdo con el nivel de inteligencia de cada individuo, se pueden haber desarrollado estrategias compensatorias que no dejen entrever las dificultades propias del trastorno.
- No todos los profesionales tienen presente este cuadro, y atribuyen las dificultades a cuadros comórbidos que son sumamente frecuentes.

Presentación del cuadro clínico en la edad adulta

En la infancia la causa más frecuente de tratamiento son los problemas de conducta; en los adultos, en cambio, resulta habitual la consulta por problemas de funcionamiento, tanto en el hogar como en el trabajo, así como dificultades académicas a nivel universitario (fracasos, cambio de carreras, crisis vocacionales).

Los síntomas de inatención o desatención pueden observarse en la dificultad para mantener una conversación prolongada, en la lectura que requiere un esfuerzo mental sostenido, se trate de un libro o de un artículo extenso del diario. Otro modo de presentarse es a través de las pérdidas frecuentes de objetos, llaves, billeteras, teléfonos celulares; o bien en los olvidos de citas, compromisos, vencimientos, fechas de cumpleaños y aniversarios. Asimismo la dificultad para organizarse, producto de la disfunción ejecutiva, lo lleva a una mala administración de su tiempo, una deficiente

planificación y jerarquización de las tareas a realizar con la frecuente imposibilidad de completarlas adecuadamente. Esto se suele asociar a la postergación (procrastination) de las tareas de diversa índole con las previsibles consecuencias en el desempeño laboral, familiar o académico.

En cuanto a los síntomas de hiperactividad motora, que generalmente se consideran patrimonio del niño, se suelen manifestar a través de una sensación de inquietud interna que le impide a la persona permanecer mucho tiempo sentada o focalizándose en una sola actividad. Frecuentemente se presentan dificultades con el ocio y el tiempo libre, con imposibilidad de relajarse o descansar por lo que suelen elegir deportes de contacto o de alto nivel de riesgo. Tienden a hablar en exceso lo cual suele incidir negativamente en sus relaciones interpersonales.

La **impulsividad** se manifiesta a través de las respuestas automáticas, (hablar antes de pensar), compras compulsivas, fallas en la toma de decisiones, interrupción brusca de relaciones interpersonales, cambio de trabajos, tendencia a interrumpir al interlocutor, baja tolerancia a la frustración, conducción audaz de automóviles, conductas sexuales riesgosas, abuso de alcohol y sustancias. Sus reacciones emocionales son imprevisibles y por lo general desmedidas; frecuentemente estallan en conductas explosivas generando un alto nivel de conflicto en los ámbitos donde se encuentren. Los cambios bruscos de humor con o sin causa aparente son moneda corriente y por otra parte el automonitoreo de estas conductas es por lo general escaso o nulo.

Diagnóstico en el Adulto:

A pesar de los recientes avances de las neurociencias este trastorno continúa siendo subdiagnosticado, especialmente en la población adulta.

No existe método complementario o estudio neuropsicológico específico que permita realizar el diagnóstico.

El diagnóstico se debe realizar considerando los siguientes aspectos:

- Evaluación de los síntomas actuales de ADHD
- Historia del desarrollo.
- Historia Infantil antes de los siete años: determinar la presencia de los síntomas de ADHD en dos o más ámbitos con interferencia en las actividades desarrolladas en los mismos.
- Desempeño dentro y fuera del hogar: factores estresantes concurrentes.

- Historia Clínica Psiquiátrica completa: determinar la presencia de comorbilidades actuales y pasadas.
- Antecedentes heredofamiliares: Dada la probada determinación genética resulta común encontrar otros familiares con el mismo trastorno muchas veces no diagnosticado.
- Historia Clínica con Examen físico y estudios complementarios: descartar patologías clínicas que puedan producir o agravar los síntomas de base (hipo-hipertiroidismo, anemia, déficits vitamínicos, hipoglucemia, fármacos, procesos degenerativos, tumores).
- Evaluación Neuropsicológica: permitirá determinar la presencia de fallas cognitivas, especialmente en las funciones ejecutivas.

En la obtención de la información necesaria para el diagnóstico puede resultar crucial contar con un informante que pueda colaborar en la recolección de datos. Resulta frecuente que el paciente no recuerda con precisión detalles de su conducta en la infancia y en algunos casos la información provista por boletines o cuadernos de escuela puede ser muy valiosa.

Existen diversas escalas, algunas autoadministradas, que resultan útiles para detectar la presencia y la severidad de los síntomas del trastorno, pero es importante destacar que no tienen valor diagnóstico en sí mismas, sino que constituyen un elemento más entre todos los enumerados para realizar el diagnóstico, que finalmente se establece en base al criterio clínico del profesional entrenado.

Las más utilizadas en la práctica Clínica son:

- ADHD RS-IV: Esta escala establece la presencia de los síntomas considerados criterios clínicos diagnósticos en la clasificación del DSM IV, estableciendo una graduación de severidad.
- Escala de síntomas actuales de Barkley y Murphy.
- Escala de Conners para adultos ADHD.
- Wender Utah Rating Scale diseñada para adultos.
- Escala para trastornos por déficit de atención de Brown.

Todas pueden resultar útiles tanto para determinar la presencia y severidad de los síntomas como para realizar un seguimiento objetivo a lo largo del tratamiento como medida de su eficacia.

Resulta fundamental realizar un diagnóstico lo más preciso posible tanto del trastorno en sí como de las probables comorbilidades, ya que el diseño del tratamiento dependerá de estos aspectos.

Comorbilidades:

Como señaláramos previamente es muy frecuentemente que se desarrollen comorbilidades de diversa índole, hecho que ocurre también en la infancia dificultando el diagnóstico retrospectivo, que como vimos, es requisito para la confirmación diagnóstica. En la infancia se considera que el 50% de los pacientes presenta comorbilidades (ej: trastornos de conducta, trastorno oposicionista desafiante, ansiedad, Síndrome de Tourette, Trastornos del sueño, entre otros).

El adulto suele consultar por problemas de memoria, depresión, ansiedad, insomnio, baja autoestima, problemas laborales o de pareja, abuso de sustancias o alcohol. Estos últimos frecuentemente ocasionan accidentes automovilísticos serios.

Son frecuentes también los trastornos de personalidad, especialmente el antisocial y borderline. Se debe investigar la presencia de trastorno bipolar.

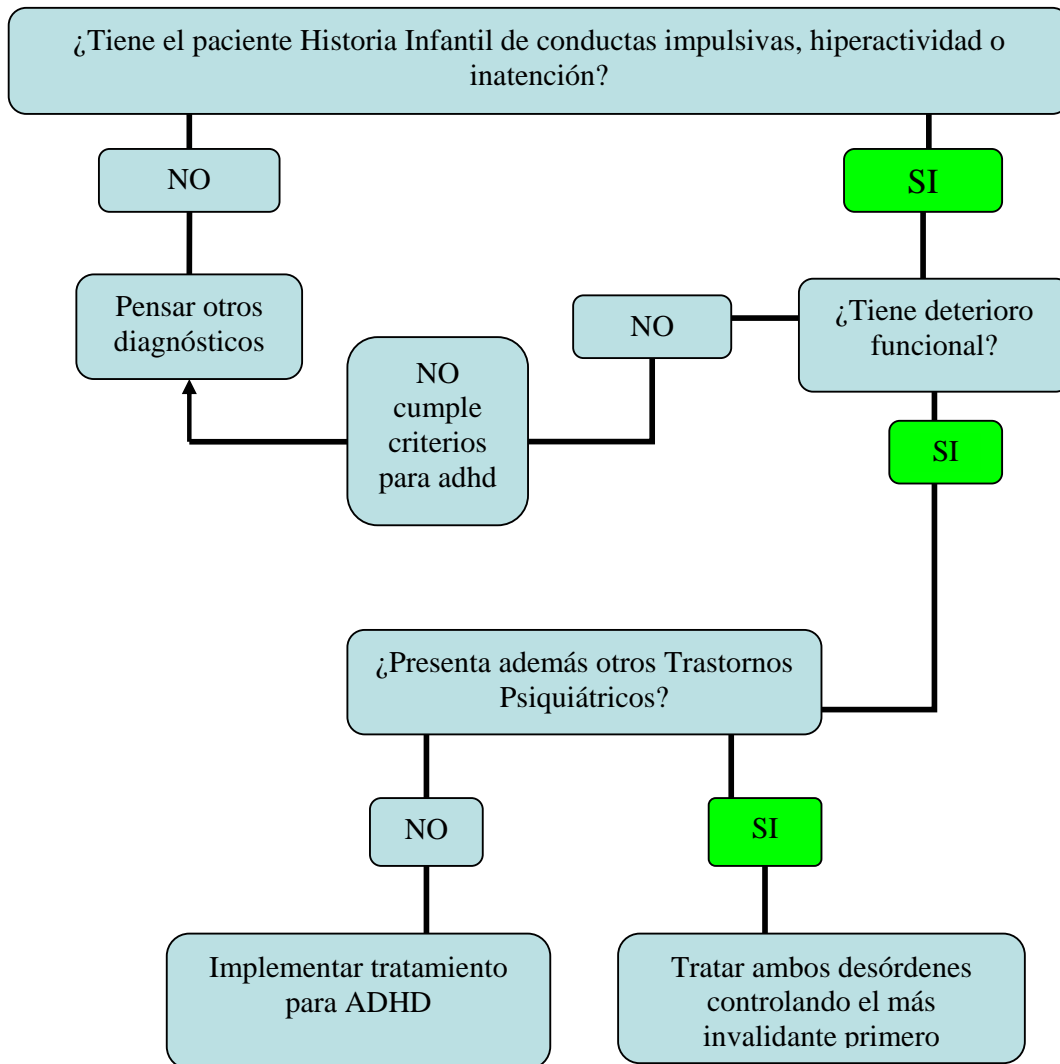
Resulta muy importante identificar las posibles comorbilidades ya que en algunos casos constituyen el principal problema a encarar en el tratamiento.

Cuadros Psiquiátricos habitualmente comórbidos con ADHD.

Cuadro Psiquiátrico	Frecuencia
Trastornos de Ansiedad	25-50%
Desórdenes del ánimo	19-37%
Conductas Antisociales	18-28%
Trastornos de Personalidad	10-20%
Abuso de Alcohol	8-32%

Abuso de Sustancias	32-53%
---------------------	--------

Algoritmo Diagnóstico para Adultos con TDAH



Pasos para establecer el plan de Tratamiento:

- Educación del paciente y la familia en relación al diagnóstico e implicancia del mismo.
- Determinar comorbilidades y jerarquizar el impacto en la vida cotidiana de cada una de ellas.
- Priorizar el abordaje de la o las más impactantes.
- Explorar las expectativas y preferencias terapéuticas del paciente y su entorno.

- Establecer objetivos acordes al interés del paciente y cómo se reconocerán y medirán los logros.
- Establecer el plan concreto de tratamiento.

Es común que el paciente adulto se encuentre en alguna de las situaciones que se describen a continuación:

1. Adultos que fueron diagnosticados en la niñez y recibieron tratamiento continuo, pero llegaron a la adultez y requieren una actualización de su situación de tratamiento.
 2. Adultos que fueron tratados en la niñez pero interrumpieron el tratamiento
 3. Adultos que nunca fueron diagnosticados ni tratados.
1. El primer grupo de pacientes sabe que el tratamiento es efectivo, han experimentado mejoría al comenzar el tratamiento, y empeoramiento cuando interrumpieron el tratamiento ocasionalmente. Son conscientes de las dificultades, pero también de que se puede tratar y superar las dificultades que apareja el trastorno.
 2. El segundo grupo de pacientes pensó que podía superar el problema sin tratamiento. Experimentaron problemas en su desempeño laboral y académico al abandonar el tratamiento pero no pudieron reconocer la mejoría con el mismo. No aceptan la idea de tomar medicación por períodos prolongados o tal vez por el resto de sus vidas.
 3. Este grupo de pacientes tiene importantes dificultades para organizarse, su capacidad de mantener la atención es escasa y breve, su concentración es pobre desde la infancia, salvo en tópicos de su interés. Han tenido que desarrollar estrategias propias para afrontar las dificultades y logrado objetivo con un gran esfuerzo personal, siempre mayor comparado con el resto de sus pares. Recibieron otros diagnósticos y fueron tratados con éxito parcial. Por lo general tienen algún familiar con ADHD.

Tratamiento Farmacológico

El manejo del ADHD del adulto requiere un abordaje que combine técnicas educacionales, conductuales con un uso racional de medicación. Esta conclusión es apoyada por los resultados del Estudio de Tratamiento Multimodal en niños con ADHD en el que se observó que los síntomas cardinales del ADHD eran bien manejados con dosis apropiadas de medicación, mientras que las consecuencias del ADHD (rendimiento en la escuela, relaciones con la familia y amigos, autoestima) mejoraban con el uso combinado de intervención conductual y educacional más tratamiento farmacológico. Aunque el efecto del tratamiento farmacológico persistía en el seguimiento disminuía en tamaño.

La medicación puede mejorar el span atencional en aproximadamente 70% de los adultos con ADHD. Diferentes investigaciones han demostrado que los fármacos estimulantes (metilfenidato, pemolina, y anfetamina) son superiores al tratamiento con antidepresivos o agentes alfa adrenergicos en su habilidad para mejorar la atención. Adicionalmente, este grupo de medicación disminuye la conducta oposicionista desafiante, y mejora la habilidad del individuo en la interacción social. Si la medicación es necesaria en forma diaria o solo para situaciones específicas (trabajo, universidad, interacción social) debe ser determinado en forma individual para cada paciente. Los adultos en los cuales los síntomas tienen un impacto adverso en su funcionamiento social, familiar o laboral se benefician de tratamiento diario. En la adolescencia la farmacoterapia disminuye el riesgo del abuso de sustancias. El metilfenidato y la anfetamina parecen ser equivalentes en cuanto a su efectividad. En caso del que el individuo no tenga una buena respuesta a una de estas drogas se debe intentar la otra ya que la respuesta puede ser idiosincrática. La mayoría de los individuos toleran la medicación estimulante con pocos, o ningún efecto adverso. Inicialmente pueden presentar cefalea o malestar estomacal que en general se alivia administrando la medicación luego de las comidas. Otros efectos adversos como insomnio usualmente son transitorios. A medida que el efecto de la medicación disminuye una conducta hiperactiva de rebote que dura aproximadamente 35/40 minutos puede llegar a ocurrir. Este efecto puede evitarse cambiando la medicación a una de liberación prolongada. Pueden aparecer tics durante el uso de medicación estimulante. Una terapia a bajas dosis usualmente tiene un impacto positivo en el funcionamiento cognitivo y atencional mientras que una terapia a dosis altas es efectiva para mejorar la conducta pero podría causar “toxicidad cognitiva”. Los individuos con una epilepsia bien controlada no presentan una exacerbación de las convulsiones cuando reciben metilfenidato. En

adultos el monitoreo del peso corporal, la tensión arterial y la frecuencia cardiaca es recomendado. Los estimulantes no deben utilizarse con Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Ha existido preocupación acerca de la potencial relación entre el uso de psicoestimulantes y el posterior desarrollo de abuso ilícito de drogas. Estudios a largo plazo han demostrado que individuos con ADHD tienen un mayor riesgo abuso de sustancias en la adolescencia y edad adulta, especialmente aquellos con trastornos de conducta. El tratamiento efectivo del ADHD con psicoestimulantes disminuye el riesgo comparado con los sujetos de la misma edad y no contribuye al uso ilícito en esta población. El uso de estimulantes de liberación prolongada (8-12 horas), brinda un práctico control de los síntomas desde la mañana hasta el anochecer con una sola dosis. De esta manera se evita tomar una dosis en el trabajo (con el estigma social potencial). Los adultos que tienen un horario prolongado pueden llegar a usar dos tomas diarias de comprimidos de 8 horas de duración.

Los antidepresivos tricíclicos han mostrado ser eficaces en el tratamiento del ADHD con aproximadamente un 70% de respuesta aunque existe preocupación acerca de los efectos adversos cardiovasculares y muerte súbita. El bupropion, el cual se ha asociado a un aumento del riesgo de convulsiones, puede ser de ayuda en individuos con historia de ADHD y abuso de sustancias o trastornos del humor. La venlafaxina ha sido efectiva en adultos con ADHD.

Recientemente la atomoxetina, un inhibidor selectivo de la recaptación de norepinefrina, claramente ha mostrado ser de ayuda en el manejo del ADHD. Queda por ser determinado que efectividad posee en comparación con los estimulantes. Los efectos adversos son cansancio, malestar gastrointestinal, y disminución del apetito. En adultos, disfunción sexual, retención urinaria y un moderado aumento de la tensión arterial y frecuencia cardiaca ha sido observado. La atomoxetina es metabolizada a través de la CYP2D6 y una reducción de la dosis puede ser necesaria en metabolizadores lentos o quienes reciben medicaciones que inhiben la CYP2D6 (como paroxetina o fluoxetina). Debe ser considerada como primera línea de tratamiento en la categoría no estimulante. La clonidina ha mostrado cierto beneficio especialmente cuando es usada con estimulantes para disminuir la agresión. Otras modalidades de tratamiento como el modafinilo ha sido sugeridas. Sin embargo mas estudios son necesarios para demostrar su efectividad.

El tratamiento psicoterapéutico del ADHD del adulto

Revisión de evidencias sobre la eficacia del tratamiento psicoterapéutico del ADHD del adulto

El componente psicoterapéutico del tratamiento del ADHD en adultos constituye un aspecto escasamente estudiado hasta el presente (Safren et al., 2004). En este sentido, es posible mencionar un número limitado de ensayos de características metodológicas diversas (Wilens et al., 1999; Hesslinger et al., 2002; Stevenson et al., 2002; Safren et al., en prensa) tendientes a demostrar la utilidad de los procedimientos no farmacológicos en el abordaje de este desorden. Todos ellos comparten un enfoque estructurado de la terapia, con objetivos y técnicas definidos, de inspiración mayormente cognitivo-conductual.

El primero de estos trabajos (Wilens et al., 1999) constituye un estudio abierto, retrospectivo, de revisión independiente de síntomas en las historias clínicas de 26 pacientes tratados mediante un abordaje de terapia preminentemente cognitiva. El 85% de los pacientes se encontraban medicados y el tratamiento psicoterapéutico llevó 36 sesiones en promedio (DS = 24). Como resultado del mismo, los pacientes mostraron mejorías significativas en los síntomas nucleares del ADHD, ansiedad y depresión asociadas y en su funcionamiento global.

En otro estudio piloto, Hesslinger et al. (2002) compararon un grupo de 8 pacientes en tratamiento con un grupo control no aleatorizado de 7 pacientes en lista de espera. La intervención evaluada consistió en un tratamiento grupal de 13 sesiones basado en la terapia dialéctico-conductual desarrollada para el tratamiento de los trastornos límite de la personalidad. El grupo en tratamiento mostró mejorías en los síntomas de ADHD, depresión y otras problemáticas evaluadas. Asimismo, en cuanto a su aceptabilidad como tratamiento, los participantes evaluaron al grupo como útil y específico y no se produjeron abandonos ni dificultades para cumplir con el encuadre.

En un ensayo de mayor rigor metodológico, Stevenson et al. (2002) pusieron a prueba mediante un ensayo con control aleatorizado la eficacia de un programa de adquisición de estrategias cognitivas compensatorias. En el mismo, 22 pacientes (algunos medicados y otros no) fueron tratados en forma grupal durante ocho sesiones semanales de 2 horas de duración y comparados con 21 pacientes asignados a una lista de espera. Como resultado del programa, los pacientes tratados manifestaron una reducción

significativa en la sintomatología del ADHD, mejoraron sus habilidades organizativas y su capacidad de control del enojo.

Por último, en otro estudio aleatorizado, Safren et al. (en prensa) aplicaron un tratamiento de tipo cognitivo-conductual a 16 pacientes que habiendo recibido tratamiento farmacológico previo, aún continuaban presentando sintomatología clínicamente significativa. El grupo control consistió en 15 pacientes, con similares características, que continuaron exclusivamente con el tratamiento farmacológico. Como resultado, el grupo con tratamiento cognitivo-conductual adicionado a la medicación evidenció mejorías en la sintomatología del ADHD, depresión y ansiedad, en contraste con el grupo que continuó sólo con tratamiento farmacológico.

Si bien todos estos estudios muestran resultados alentadores, vale destacar que algunos de ellos adolecen de limitaciones metodológicas importantes que no garantizan su validez, mientras que otros, de mayor calidad, involucran muestras demasiado pequeñas como para concluir su carácter generalizable, resultando necesarios nuevos ensayos que repliquen estos resultados en mayor escala.

A pesar de la limitada evidencia acerca de la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas en el ADHD del adulto, existen diversos motivos de importancia para considerar su uso de manera complementaria al tratamiento farmacológico. En primer lugar, se considera que entre un 20 y un 50% de pacientes no responde a las medicaciones existentes y, entre los respondedores, se observa una mejoría en el 50 % o menos de los síntomas nucleares del desorden (Wilens et al., 2002). En segundo lugar, aunque los síntomas principales del trastorno pueden mejorar con la medicación, ésta por sí sola no provee de estrategias o habilidades específicas para mejorar el funcionamiento en las tareas cotidianas o para compensar los síntomas residuales. En tercer lugar, el ADHD del adulto se acompaña frecuentemente de síndromes comórbidos, en particular, ansiedad, depresión y abuso de sustancias (Biederman et al., 1993; Murphy et al, 1996), problemas para los cuales la psicoterapia ha demostrado ser de ayuda. En cuarto lugar, la historia de fracasos en lo laboral, académico, y relacional con que se asocia el ADHD en la edad adulta (Biederman et al., 1993; Murphy et al, 1996) tiene como consecuencia un estado generalizado de desmotivación y frustración, así como una visión devaluada de sí mismo. Estos aspectos vinculados a la motivación para el cambio y a la autoestima constituyen “blancos” más propios de una intervención psicoterapéutica que de una terapéutica farmacológica. Por último, y en relación con el punto anterior, la adherencia al tratamiento en su conjunto puede resultar perjudicada

por la tendencia característica en este desorden a la discontinuidad en las actividades iniciadas y los olvidos, problemática que, abordada desde un enfoque psicoeducativo puede mostrar mejores respuestas como es el caso de otros desórdenes de origen neurobiológico (Colom & Vieta, 2004;

Descripción del modelo conceptual de la terapia cognitivo-conductual del ADHD del adulto

Los estudios mencionados involucran diferentes tratamientos psicoterapéuticos, aunque todos ellos presentan versiones de inspiración cognitivo-conductual. La preeminencia de esta forma de terapia probablemente refleja una característica de este tipo de pacientes señalada en diferentes guías de tratamiento, a saber la necesidad de trabajar sobre objetivos concretos, de una manera dinámica y focalizada en el aquí y ahora. Otras formas de terapia a largo plazo y orientadas al insight conllevan un riesgo muy alto de fracaso, dada las características limitantes del propio problema para trabajar de esa manera. Teniendo en cuenta esto, describiremos en esta sección los conceptos subyacentes al modelo cognitivo-conductual del ADHD del adulto, para luego, en la siguiente sección, explicar los procedimientos que se instrumentan.

El modelo cognitivo-conductual del ADHD del adulto se presenta como un componente conceptual complementario del modelo neuropsiquiátrico del desorden. Dicho componente intenta explicar el efecto potenciador sobre los déficits cognitivos centrales, producido por las circunstancias adquiridas a lo largo de la historia del desarrollo del individuo que cursa este desorden y su posterior circuito de mantenimiento. Según esta idea, los déficits de origen neurobiológico que se expresan cognitivamente a través de los síntomas en la atención, las funciones ejecutivas y las capacidades inhibitorias y autorregulatorias, predisponen desde niño a la persona que los sufre a mayores dificultades en su adaptación a las demandas ambientales, escolares, laborales e interpersonales, como ya mencionáramos. La hipótesis cognitivo-conductual postula específicamente que, a lo largo de la historia de adaptaciones fallidas a las demandas del entorno, el sujeto desarrolla un conjunto de pensamientos disfuncionales específicos sobre sí mismo y sus capacidades (cogniciones disfuncionales), junto con una serie de estrategias de afrontamiento negativas frente a los problemas (conductas disfuncionales). Estas “cogniciones o pensamientos disfuncionales” expresan por lo general la propia autoevaluación negativa frente a las frustraciones (“No soy capaz de hacerlo”, “No sirvo para esto”, “Soy un desastre”, etc.), y se alimentan asimismo de la crítica de otras

personas significativas de su ambiente (familiares, docentes o empleadores). El efecto de estas cogniciones disfuncionales se proyecta doblemente sobre el estado de ánimo y sobre las conductas de afrontamiento de los problemas. En lo que respecta al estado de ánimo, estas cogniciones aumentan los estados de ansiedad y malestar asociados a las tareas problemáticas, y en lo conductual se ven reforzadas las estrategias de evitación de las dificultades, a saber, las distracciones y las postergaciones (“Voy a fracasar otra vez, para qué intentarlo”, “Mañana tal vez tenga más ganas”, etc.), y otras conductas disfuncionales (negación de los problemas, rechazo a utilizar estrategias compensatorias adecuadas, etc.). De manera cíclica, los estados emocionales displacenteros y las conductas disfuncionales, a su turno amplifican las dificultades cognitivas básicas (desatención, desorganización e impulsividad) dando lugar a un circuito de automantenimiento de las dificultades en el funcionamiento (ver Figura XX).

Insertar Figura XX aquí

Elementos del tratamiento psicoterapéutico:

De acuerdo con este modelo, entonces, el tratamiento psicoterapéutico cognitivo-conductual apuntará, por un lado, a corregir las cogniciones o pensamientos disfuncionales que predisponen a los disturbios emocionales y sostienen a las conductas de afrontamiento negativas. Por otro lado, intentará sustituir éstas últimas mediante estrategias compensatorias de los déficits neurobiológicos básicos. Estos objetivos se logran a través del empleo de una serie de intervenciones que describiremos a continuación:

Psicoeducación y motivación para el cambio. La psicoeducación se define como el proceso de proveer al paciente y a sus otros significativos de información científica específica sobre el trastorno que padece, sobre sus características, sus causas y sus consecuencias, y sobre las posibles herramientas y métodos para mejorarlo. El objetivo fundamental de este procedimiento es que los pacientes puedan tomar una posición más activa en el proceso de recuperación y adquirir conocimientos suficientes para tomar decisiones adecuadas respecto de su propio cuidado y de la modificación de las conductas mantenedoras del problema. Este tipo de intervención aumenta la motivación y disminuye las actitudes defensivas por parte del paciente. Dentro de esta intervención se presentan asimismo los fundamentos, los objetivos (que en el caso del ADHD son paliativos y no curativos) y los procedimientos a utilizarse durante el tratamiento.

Asimismo en las primeras sesiones del tratamiento del ADHD del adulto resulta fundamental establecer y potenciar la motivación para realizar cambios, puesto que, como ya mencionáramos, la discontinuidad y la ambivalencia frente a las nuevas estrategias aparecen como problemas comunes en este cuadro. El empleo de técnicas de entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2002) constituye una herramienta útil para este fin.

Reestructuración de cogniciones disfuncionales. Este segundo componente abarca el trabajo propiamente cognitivo, esto es, la identificación y reestructuración de los pensamientos automáticos, las creencias subyacentes y las distorsiones cognitivas relacionadas con las dificultades en el funcionamiento cotidiano, al modo de la terapia cognitiva clásica (Beck, J., 1995). Estos procedimientos están orientados a modificar los pensamientos que en el contexto del ADHD del adulto funcionan como “distractores” o bloquean la aproximación a las tareas vividas como dificultosas.

Implementación de estrategias compensatorias adecuadas. El aprendizaje de estrategias compensatorias comporta el aspecto conductual del tratamiento. En este sentido, se incentiva el empleo de un variado repertorio de técnicas destinadas a morigerar los efectos de los déficits básicos sobre el funcionamiento cotidiano, a saber: el uso de agenda y la administración del tiempo, la organización de las tareas a fin de explotar al máximo las capacidades atencionales, el control de distractores externos e internos, el ordenamiento de los ámbitos de trabajo y estudio, uso de notas, listas y avisos para evitar olvidos y digresiones, metodología de estudio y de resolución de problemas, etc.

Estrategias para el control de impulsos y regulación afectiva. La impulsividad, la hiperactividad y la regulación de estados emocionales intensos constituyen otro aspecto a trabajar en el tratamiento psicoterapéutico. En este sentido, se entrena la capacidad de identificar los diferentes estados emocionales y sus indicadores o señales visibles. La identificación correcta de los mismos da lugar a la posterior implementación de técnicas para su manejo, entre otras, las técnicas de relajación, las visualizaciones y el empleo de descargas alternativas, sin consecuencias negativas.

Mejoramiento de las relaciones y la comunicación. En muchos casos, las dificultades adaptativas afectan las relaciones interpersonales y además de revisar con el paciente las conductas que entorpecen la comunicación con las personas del entorno, pueden resultar útiles las entrevistas vinculares con otros significativos para identificar los circuitos interaccionales que refuerzan los problemas experimentados por el individuo.

Todos estos procedimientos pueden ser instrumentados en forma individual o grupal, e implican la participación de terapeutas experimentados en terapias de corte directivo. La duración de los tratamientos es variable, con mayor intensidad en el primer tramo del tratamiento (10 o 15 sesiones) para luego mantener un control más flexible según las circunstancias de cada caso.

Referencias