

MODELOS EXPLICATIVOS DE TDAH.



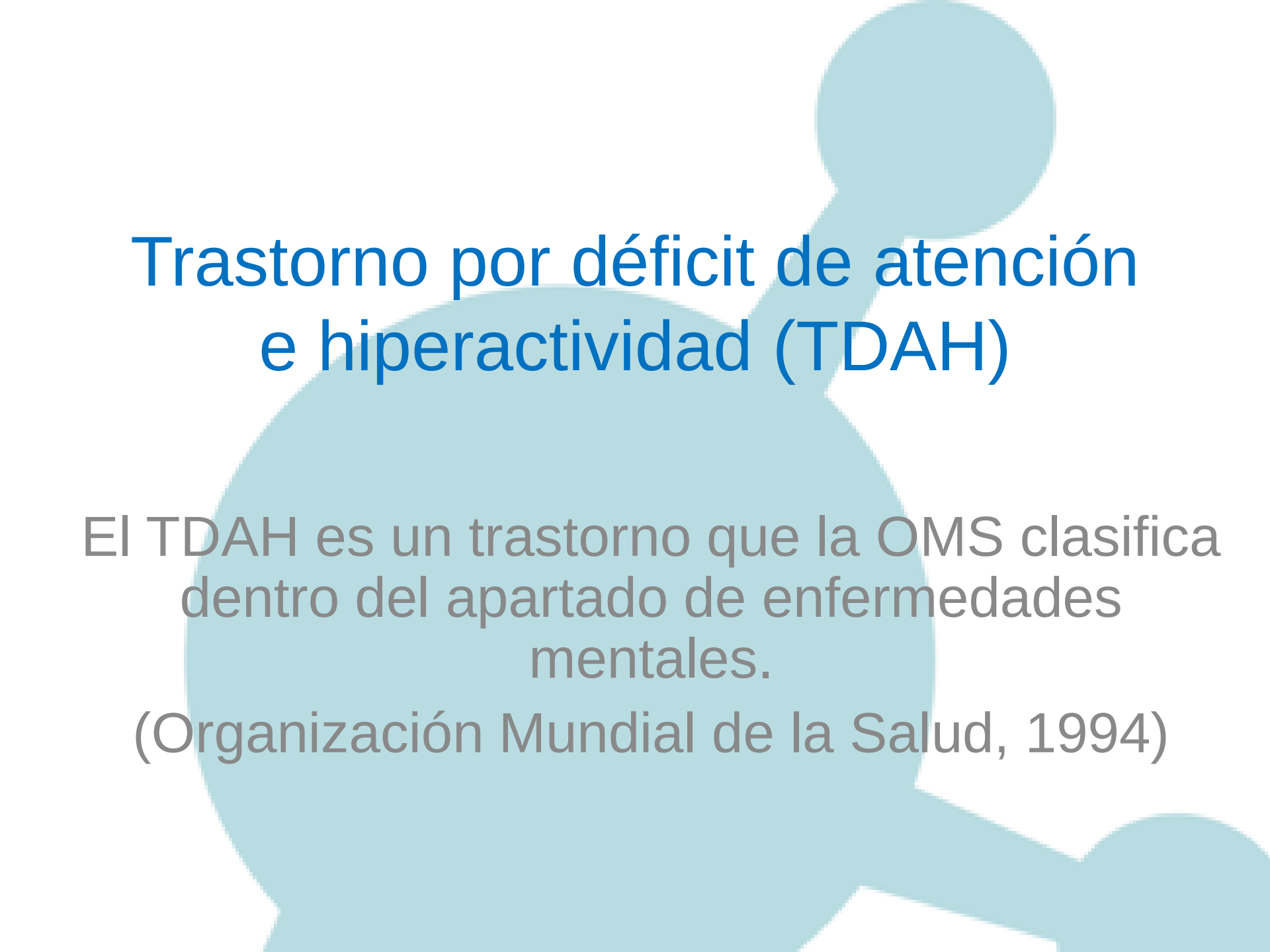
FUNDACIÓN

INGADA

Instituto Gallego del TDAH
y Trastornos Asociados

PUNTOS A TRATAR

- Introducción.
- Epidemiología
- Funcionalidad e Impacto en la Vida
- Evaluación clínica
- Criterios diagnósticos (DSM-V/DSM-5/ CIE-10)
- Presentaciones y/o Subtipos de TDAH
- Diagnóstico Diferencial y Comorbilidades.



Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

El TDAH es un trastorno que la OMS clasifica dentro del apartado de enfermedades mentales.

(Organización Mundial de la Salud, 1994)

Introducción al TDAH

- Engloba un conjunto de alteraciones cognitivo-conductuales, con patrón clínico heterogéneo pero identificable, con una serie de síntomas nucleares bien definidos: INATENCION / HIPERACTIVIDAD / IMPULSIVIDAD
- Estos síntomas nucleares bien definidos NO SON CATEGÓRICOS: son rasgos conductuales que pueden estar presentes en todos los individuos.
- La diferencia entre trastorno y normalidad la marca la intensidad de los mismos o sus repercusiones a nivel académico, social o familiar.

Introducción al TDAH

- Es un Trastorno de origen NEUROBIOLOGICO (Biederman, 2005) causada por interacción de factores genéticos (poligénicos) con otros ambientales (pre, peri, postnatales).
 - Alteraciones en la Neurotransmisión cerebral como consecuencia de una alteración de los genes que codifican receptores y transportadores de Dopamina y Noradrenalina (investigaciones neuroquímicas, neuroimagen funcional).
 - Esto sucede sobre todo en la corteza prefrontal (CP) pero también en otras áreas cerebrales implicadas en la Función ejecutiva (reguladas por conexiones neuronales entre CP, Ganglios Basales y Cerebelo).

Introducción al TDAH

- **Heredabilidad 80%** => Padres afectados y con mismas dificultades que sus hijos de “autocontrol” y manejo de su propio estrés.
- **Trastorno crónico**; persiste en la adolescencia (40-70%) y en la edad adulta (hasta el 50%)
- **Mal pronóstico si no hay tratamiento**
- Tratamiento INDIVIDUALIZADO (multimodal ha demostrado ser el más eficaz).

Epidemiología del TDAH

- Trastorno del NeuroDesarrollo (TND) con mayor incidencia en la población infantil:
 - 6-10% de los niños en **edad escolar** (uno por clase).
 - **90 niños** con TDAH en una consulta de **1500 cartillas** (Taylor,1993)
- Alrededor del 70% presentan , al menos, otro trastorno asociado.

Epidemiología del TDAH

(Diferencias de Género)

- La incidencia es mayor en niños que en niñas (4:1).
- Los niños presentan mayor grado de Hiperactividad/impulsividad → mayores problemas de conducta → acuden mas a consulta y son diagnosticados con mayor facilidad.
- En las niñas predominan los problemas de atención, rendimiento académico, ansiedad, depresión y dificultades interpersonales por lo que su detección y diagnóstico es mas difícil.

Generalidades del TDAH:

- Se manifiesta en una serie de **conductas molestas/disruptivas** propias de todos los niños pero que en el TDAH se presentan con mayor intensidad y frecuencia
¿Dónde acaba la normalidad y comienza la patología? → PROBLEMA DIAGNÓSTICO
- Pobre Autoregulación de la Atención y las Emociones así como poco Control de la Conducta.
- Gran variabilidad en su actuación diaria
→ PROBLEMA DIAGNOSTICO

Impacto del TDAH

- Interfiere en el desarrollo normal del niño (aspectos médicos, psicológicos, psiquiátricos)
- Consecuencias especialmente negativas tanto para quienes lo como para familiares
 - Rendimiento académico (etapa escolar)
 - Desarrollo de las relaciones sociales
 - Desarrollo de la Personalidad y aspectos emocionales
 - Relaciones familiares
 - Riesgo de accidentes y conductas de riesgo



Presentación de los síntomas TDAH según las distintas edades

. **Decrece Hiperactividad ; “si inquietud interna” o movimientos manos/pies**

. **Persiste Impulsividad e Inatención**

Alteración de conducta
“se mueven excesivamente”
“difíciles de contener y controlar”



Problemas académicos (Fracaso escolar, expulsiones)
Disconformes con normas (Problemas familiares)
Agresividad, Baja Autoestima
X 4, riesgo de Consumo de sustancias, accidentes, embarazos, no deseados

Preescolar

Escolar

Adolescente

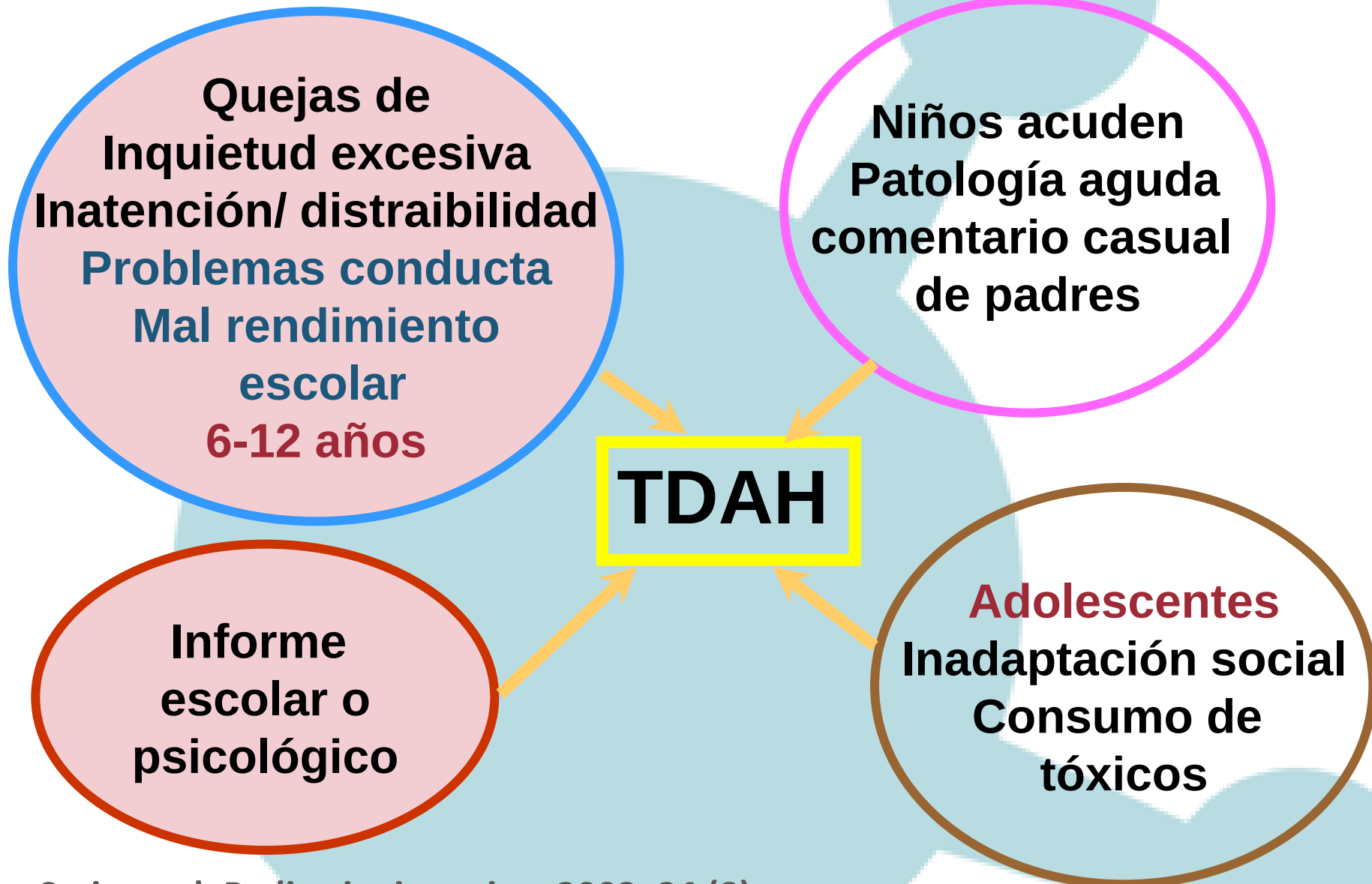
Complica DX Diferencial!!

Adulto

De los 6- 12 años

FORMA TIPICA DE TDAH

Sospecha Diagnóstica de TDAH



Síntomas PRIMARIOS del TDAH

Taylor, 1993



Inmediatez
Precipitación
Paso al acto

Energía motora poco productiva
Sin finalidad concreta y caótica

No logra sostener atención en
Tareas que lo requieren

Síntomas Asociados y Secundarios TDAH



- **Problemas escolares:**

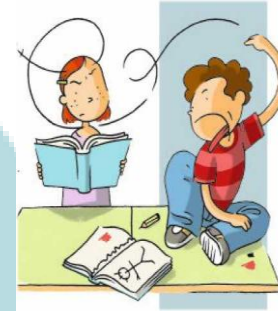
referidos tanto al rendimiento general como en áreas específicas del aprendizaje



- Son frecuentes los **síntomas emocionales** con escasa, tolerancia a frustración , irritabilidad, labilidad, manejo de la cólera, inmadurez, baja autoestima, síntomas de la esfera depresiva y ansiosa.

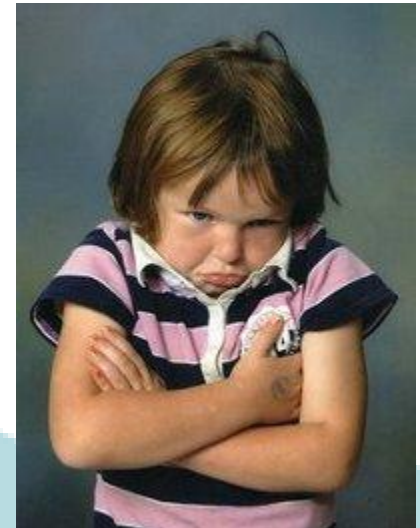
Síntomas Asociados y Secundarios TDAH

- **Dificultades en las relaciones personales** llevando a problemas con padres, profesores y compañeros.
 - Problemas de comportamiento
 - Problemas en la interacción social
(no respeta turnos ni sigue normas de juego, muy intrusivos, brutos,...)
- **Torpeza motora** Fina (caligrafía) y Gruesa (caídas y traumatismos reiterados).
- Tendencia a involucrarse en conductas de riesgo



Otros Síntomas Asociados a TDAH

- Falta de Perseverancia.
- Dificultad en el manejo Tiempo.
- Desorganización.
- Dificultad para la expresión verbal (no organizan idea antes de transmitir mensaje).



Evaluación Clínica

- Se basa en una **Hª Clínica Detallada**
(investigar síntomas específicos del Trastorno)
- Necesario obtener información de los diferentes entornos (familia/ escuela)
- No existe ningún marcador psicológico o biológico, prueba o test patognomónico del TDAH

Evidencias para Diagnóstico

- Cumplimiento de criterios propuestos según DSM-IV/**DSM-5** o CIE-10 (OMS,1994)
- En el medio pediátrico es más frecuente la utilización del DSM-IV/ **DSM-5**.
- Es más difícil cumplir criterios de la CIE-10 pues implican un síndrome más severo y menos frecuente que el definido por DSM-IV/ **DSM-5**.
- CIE-10 : Mayor riesgo de Falsos negativos

Diferencias en criterios diagnósticos entre CIE-10 (hipercinesia) y DSM-IV

CIE-10

- Requiere síntomas en todos los dominios:
 - Déficit de atención **6**
 - Hiperactividad **3**
 - Impulsividad **1**
- La presencia de ansiedad o alts del ánimo son criterios de exclusión dca.
- Incluye la categoría del Trastorno Hiperkinético Disocial

DSM-IV

- Basta que aparezcan **6** síntomas en uno de los dominios
 - Déficit de atención
 - Hiperactividad/Impulsividad
- Permite la presencia y diagnóstico de alteraciones comórbidas
- No separa trastornos de conducta
- Debe presentarse el síndrome en más de un ambiente distinto

Criterios diagnósticos del TDAH según criterios del DSM-IV-TR.

Déficit de atención	Hiperactividad/impulsividad
1.A menudo no presta atención suficiente a los detalles o comete errores por descuido.	1.Inquietud en manos y pies, se mueve en el asiento.
2.Dificultad para mantener la atención de forma sostenida.	2.Se levanta cuando debería permanecer sentado.
3.Parece no escuchar cuando se le habla directamente.	3.Corre o salta en exceso en situaciones inapropiadas.
4.No sigue instrucciones, no termina las tareas.	4.Dificultad para jugar tranquilo.
5.Dificultad para organizarse y planificarse.	5.A menudo “está acelerado”, como “una moto”.
6.Evita tareas que requieran esfuerzo mental sostenido.	6.Habla mucho.
7.Pierde cosas necesarias para realizar tareas.	7.Responde antes que finalice las preguntas.
8.Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.	8.Dificultad para guardar turno
9.Olvidadizo en tareas diarias.	9.Interrumpe a los demás en conversaciones, juegos, ect.

Criterios diagnósticos DSM- IV-TR.2

CRITERIO A:

- Presencia de al menos **6** síntomas de *DESATENCION* y de al menos **6** síntomas de HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD
- Debe tener una duración al menos de 6 meses (se mantienen con el tiempo)
- Ocurre con más frecuencia en intensidad que en los niños de su misma edad.

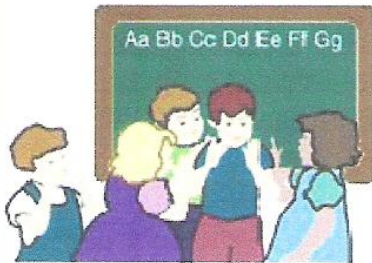
Déficit de atención



- No atención en detalles y errores por descuido
- Dificultad para atención en las tareas y juegos
- No parece escuchar lo que se le dice
- No sigue instrucciones o no termina tareas en escuela o casa
- Dificultades para organizar sus actividades
- Evita hacer tareas o cosas que le demanden esfuerzos
- Pierde útiles o cosas necesarias para hacer sus actividades
- Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes
- Olvidadizo en las actitudes de la vida diaria

6/9

Hiperactividad



- Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado
- Se levanta del pupitre o en situaciones donde debe estar sentado
- Corretea y trepa en situaciones inapropiadas
- Dificultad para relajarse o practicar juegos donde deba estar quieto
- Permanentemente en marcha, como con un motor por dentro
- Habla demasiado

6/9

Impulsividad



- Contesta o actúa antes de que se le formulen las preguntas
- Dificultades para hacer filas o esperar turnos en los juegos
- Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás

Criterios diagnósticos DSM- IV-TR

- **Criterio B:** Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- **Criterio C:** Los síntomas se presentan en dos o mas ambientes (casa, colegio)
- **Criterio D:** Pruebas claras de deterioro clínicamente significativo de *actividad social, académica o laboral.*
- **Criterio E:** Se descarta la existencia de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otra entidad que justifique la sintomatología.

Criterios diagnósticos DSM IV-R versus DSM- V

INATENCION, HIPERACTIVIDAD, IMPULSIVIDAD

DSM-IV-TR

- 6 o más síntomas con duración mayor de 6 meses.
- Que interfieran con el desempeño del niño(a).
- Algunos de los síntomas aparecen antes de los 7 años.
- **Deben estar presentes en 2 o más ambientes.**
- Los síntomas no aparecen exclusivamente en el TGD, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no hay otro trastorno mental (trastorno del estado de ánimo ánimo ansiedad, ect)

DSM5

- Para los adolescentes y adultos bastará con **presentar 5 síntomas.**
- Que interfieran en el desarrollo de la persona **(adolescentes/adultos).**
- Algunos de los síntomas aparecen antes de **los 12 años.**
- Se permite ahora un diagnóstico comórbido de TDAH y Trastornos del Espectro del Autismo (TEA).

CAMBIOS DSM-5

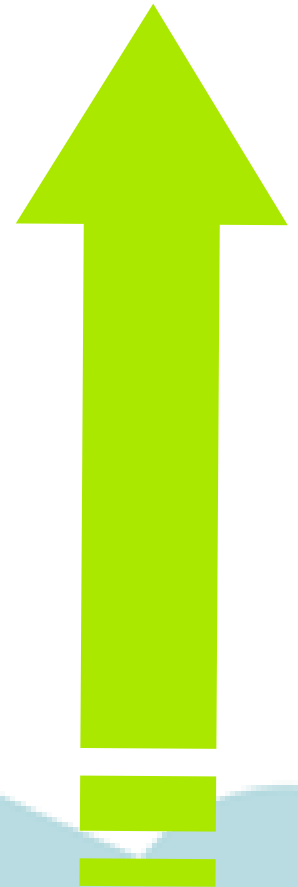
- Se ha incluido el TDAH dentro del capítulo de “Trastornos del Neurodesarrollo” (anteriormente T. Conducta)
- Se han incluido ejemplos para facilitar el reconocimiento de los síntomas en diferentes etapas de la vida.
- Los criterios deben estar presentes antes de los 12 años en lugar de los 7.
- Se ha limitado a 5 la presentación de síntomas en la edad adulta, en lugar de los 6 que se exigen para la infancia, tanto en déficit de atención como en hiperactividad-impulsividad.
- Los subtipos de TDAH han sido reemplazados por “Presentaciones” que se corresponden con esos subtipos anteriores.
- Incluye el diagnóstico de comorbilidad del TDAH con el espectro autista.

TIPOS DE SUBGRUPOS:

- ▶ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, **tipo PRESENTACION con predominio del déficit de atención.**
- ▶ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, **tipo PRESENTACION con predominio hiperactivo-impulsivo.**
- ▶ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad , **tipo/PRESENTACION combinado.**
- ▶ Trastorno por déficit de atención no especificado.
- ▶ Tempo cognitivo lento. **sluggish cognitive tempo.** “sueña despierto, lento somnoliento”

SUBTIPOS (DSM-IV)

- Tipo combinado con déficit de atención, hiperactividad e impulsividad.
(80% de los pacientes)
- Con predominio del déficit de atención.
(10-15%)
 - Casi siempre diagnóstico tardío
 - Más frecuente en niñas
- Con predominio hiperactivo-impulsivo (5%).



¿Como se hace el Diagnostico?

- 1. El diagnostico es clínico y se basa en el cumplimiento de los **criterios DSM-IV/DSM 5.**
- 2. Entrevista con los padres y el niño
- 3. Evaluación de la información de los profesores
- 4. Examen físico y pruebas complementarias para descartar otros problemas.

Evaluación Clínica: Anamnesis

- Historia Clínica Detallada
 - Investigar síntomas específicos del Trastorno
 - Edad de inicio del Trastorno
 - Duración
 - Contexto en que aparecen síntomas, su evolución y repercusión en el funcionamiento

Evaluación Clínica: Anamnesis

- Antecedentes Personales:

- Embarazo (exposición a alcohol, nicotina, otras drogas, infecciones,...)
- Parto y períodos perinatal y postnatal (edad gestacional, Apgar, bajo peso, hipoxia, hipoglucemia o malformaciones)
- Desarrollo madurativo psicomotor y social
- Valorar posible Hª de adopción y nacionalidad



Evaluación Clínica: Anamnesis

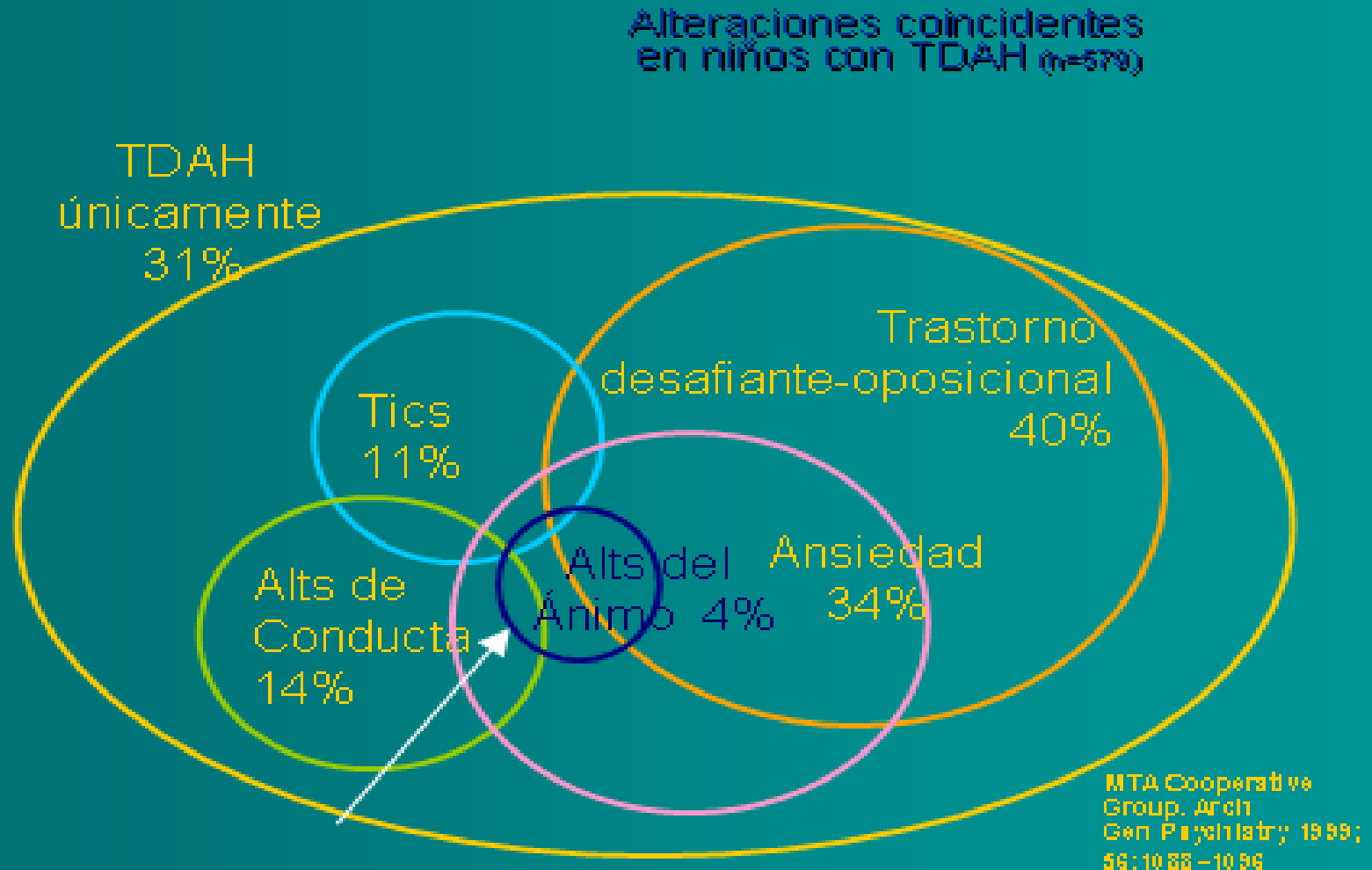
- Recabar si visión/ audición son normales.
- Posibles Enfermedades médicas previas
(patología neurológica, infecciosa, T. sueño,
metabolopatías, cromosomopatías, TCE, accidentes,...)
→ SINDROME TDAH
- Antecedentes de Maltrato de todo tipo, uso de
medicaciones o drogas (adolescentes)

Evaluación clínica: Anamnesis

- Funcionamiento Psicosocial del paciente en la familia, escuela y con amigos:
 - ¿qué tal va en el colegio?
 - ¿va contento?
 - ¿han detectado problemas de aprendizaje?
 - ¿Cómo es el comportamiento en el colegio, en casa y con los amigos?
 - ¿Tiene problemas para terminar las tareas escolares?

Evaluación Clínica: Anamnesis

- Realizar una Búsqueda activa de Comorbilidad Psicológica- Psiquiátrica.



Evaluación clínica: Anamnesis

- Antecedentes Familiares en padres/cuidadores
(posibles enfermedades físicas y mentales, en especial con:
 - TDAH !!!!!
 - Trastornos del comportamiento
 - Depresión, Ansiedad,
 - Trastornos de Aprendizaje
 - Tics, T.de sueño, T. del espectro Autista
 - Alcoholismo, consumo de sustancias
- Conocer el organigrama y funcionamiento familiar
(conflictos familiares, estilo educativo parental, si hay malas relaciones padres-hijos, posible presencia de maltrato o abuso)

Observación del Paciente

- Los síntomas de TDAH pueden no ser evidentes (“tranquilidad paradójica”)
 - en un entorno estructurado y controlado.
 - En situaciones nuevas donde el paciente está expectante ante actividades interesantes o recompensas inmediatas
- Los síntomas de TDA empeoran o se evidencian más:
 - En un entorno no estructurado o aburrido
 - Si hay muchas distracciones
 - Si requiere un esfuerzo mental sostenido

PREFERIBLE EVALUAR AL PACIENTE EN VARIAS OCASIONES !!!

Exploración Física Completa

- NO hay ningún signo físico específico o diagnóstico de TDAH.
- **Permite objetivar signos** (asimetrías, lesiones cutáneas, fenotipos) **que orienten a determinados síndromes que remedan TDAH.**
- Permite conocer estado físico del paciente de cara a tratamiento farmacológico y valorar efectos secundarios **(Peso, Talla, TA, FC)**
- **Examen neurológico** (motricidad gruesa/fina, tics, signos “blandos”), valoración de audición y visión.

Pruebas Complementarias

- Solo si en Hª clínica/ Exploración Física hay síntomas/signos que sugieran otro Trastorno.
- **Signos neurológicos focales** (alteración habla importante, disfunción motora, cefaleas, cambios bruscos) justifica la realización EEG y pruebas de Neuroimagen cerebral (TAC, RMN).
- Signos/síntomas hipermetabolismo => pruebas tiroideas
- Rasgos físicos dismórficos => estudio genético.

Exploración Neuropsicológica y/o Estudio Psicométrico

- NO serán necesarias para el diagnóstico de TDAH sin complicaciones.
- Variabilidad en la expresión del trastorno, que con frecuencia es **específica a una situación** (Brown, 2005).
- Según datos recogidos (rendimiento escolar e historia evolutiva)
 - Alteraciones específicas del Desarrollo (alteraciones lenguaje, lectoesritura).
 - Inteligencia límite/ baja (frecuente asociación a TDAH)
- Posibilita detectar áreas de debilidad/ fortaleza a nivel cognitivo, diagnóstico diferencial y medidas terapéuticas individualizadas.

Aspectos Neurocognitivos en el TDAH

- La memoria está alterada con frecuencia en el TDAH.
- Con frecuencia la memoria a largo plazo está intacta, pero hay un deterioro de la memoria de trabajo a más corto plazo.
- La atención y la memoria están interrelacionadas; para recordar, primero se debe atender.
- Algunos pacientes se pueden centrar en material neutro breve como listas de números, aunque no logran recordar mucho de un párrafo breve que se les acababa de leer.
- Otros pueden prestar atención durante el minuto aproximadamente necesario para escuchar los pasajes breves, aunque no pueden mantener lo suficientemente bien la atención en una página de lectura como para responder a preguntas de elección múltiple inmediatamente después de haberla leído.

Escalas y Cuestionarios

- Ninguna escala o cuestionario sirve por si misma para hacer un diagnóstico de TDAH.
- Buen complemento a la entrevista clínica como apoyo diagnóstico.
- Permiten obtener información estructurada que servirá para orientar el diagnóstico.
- Útiles como herramientas de screening
- Útiles para controlar el seguimiento de síntomas y la eficacia del tratamiento

Escalas y Cuestionarios

- ESCALAS ESPECÍFICAS PARA TDAH:
(adaptada a criterios DSM-IV, diferentes baremos según edad y sexo, validada en población española, versión padres y profesores, subescalas,)
 - Escala de Conners (1997), versión abreviada (S) para padres, profesores, autoadministradas (12-17años)
 - SNAP-IV (Swanson,1992)
 - Escala para Déficit Atención e Hiperactividad (EDAH)
- 30% Falsos negativos
- Fiabilidad entre observadores moderada (NICE;2008)

Escalas y Cuestionarios

- ESCALAS DE AMPLIO ESPECTRO

Evaluación del comportamiento en general y la función psicosocial

- SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) de Goodman.

- Útil para valorar varios dominios psicopatológicos
- 5 subescalas / 1 síntomas de Hiperactividad
- www.sdqinfo.com

- CBCL (Child Behavior Checklist) de Achenbach
(18 meses a 59 años)

SNAP IV. Síntomas de déficit de atención

1	Frecuentemente no presta atención suficiente a los detalles o tiene descuidos en los trabajos escolares o en otras tareas.
2	Frecuentemente tiene dificultad para permanecer atento en juegos o en tareas
3	Con frecuencia parece que no escucha cuando le hablan
4	Frecuentemente no sigue bien las instrucciones para poder finalizar una tarea escolar o tareas que se le encomienden
5	Con frecuencia tiene dificultad para ordenar las cosas
6	Frecuentemente evita o no le gusta o se niega a aceptar tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, deberes o tareas de casa)
7	Con frecuencia pierde materiales necesarios para hacer sus tareas (por ejemplo, libro de deberes, juguetes, lápices o herramientas)
8	Frecuentemente se distrae por cualquier ruido o cosas que ocurren a su alrededor
9	Con frecuencia es olvidadizo con las tareas diarias

Por cada apartado evalúe de 0-3 de acuerdo con la intensidad que mejor caracterice al niño. Puntúe todos los apartados. Sólomente dé un valor (0, 1, 2 ó 3)

SNAP IV .Síntomas de hiperactividad

- | | |
|-----------|--|
| 10 | Frecuentemente mueve los dedos o los pies o se mueve en la silla cuando está sentado |
| 11 | Frecuentemente se levanta de su asiento en clase o en otras situaciones cuando no debiera hacerlo |
| 12 | Frecuentemente da vueltas o se columpia en exceso en situaciones en las que esta actitud no es apropiada |
| 13 | Frecuentemente tiene dificultades para jugar o hacer actividades en silencio |
| 14 | Frecuentemente se mueve muy rápidamente como "si tuviera un motor" |
| 15 | Con frecuencia habla en exceso |
| 16 | Frecuentemente responde antes de hayan terminado la pregunta |
| 17 | Frecuentemente tiene dificultad para esperar su turno |
| 18 | Frecuentemente interrumpe o se inmiscuye en las cosas de los demás (por ejemplo, se entromete en una conversación o en un juego) |

Por cada apartado evalúe de 0-3 de acuerdo con la intensidad que mejor caracterice al niño. Puntúe todos los apartados. Sólomente dé un valor (0, 1, 2 ó 3)

Diagnóstico Diferencial

- **Evolutivo** (síntomas propios de la edad, nivel de desarrollo y CI)
- **Hiperactividad/ Inatención Situacional.**
 - **Medio escolar:** T. Aprendizaje
 - Casa: conflictiva familiar
- **Dificultades sociales o conflictos estresantes graves:** ambiente familiar inestable y desorganizado, nivel de exigencia inadecuado (exceso/ defecto) por padres y profesores.

Tabla 2. Entidades clínicas y problemas que se pueden considerar en el diagnóstico diferencial del TDAH

Problemas pediátricos	P. Medicos Tóxicidad por Fármacos	Problemas psiquiátricos	Otras condiciones
- Daño cerebral ,TCE - Trastornos auditivos y visuales - Patología tiroidea - S. de alcoholismo fetal - Exceso de plomo - Exceso de fármacos y drogas: benzodiacepinas, fenobarbital; efedrina - antihistamínicos, antiasmáticos, antiepilépticos ,Uso crónico aspirina - Epilepsias: petit mal y del lóbulo temporal - Neurofibromatosis - Esclerosis tuberosa - X-frágil - S. de Turner - S. de Angellman y Williams - Trastornos ORL - Trastornos del sueño - Cefaleas		- Retraso mental - Trastornos de ansiedad, negativista u opositorista, bipolar o depresión no ligados a TDAH - Trastornos del espectro autista: especialmente el síndrome. de Asperger	- Retraso escolar o trastornos del aprendizaje no ligados al TDAH - Abandono, abuso, maltrato infantil - Infraestimulación - Sobreestimulación - Altas capacidades
Trastornos de Conducta Trastornos Emocionales y Trastornos Adaptativos			
Síndrome piernas inquietas, apneas			

Anemias

Malnutrición, estreñimiento grave, dolor crónico,

Diagnóstico Diferencial:

Otros Trastornos Psiquiátricos

- Trastornos de Conducta (C. antinormativas)
 - Actitud indisciplinada más intencional
 - Falta de arrepentimiento al dañar a otra persona/
faltar al respeto (**Conducta intencionalmente maligna**)
 - Inatención/ HA presentes solo en tareas obligatorias,
escolares y no en juegos y actividades elegidas/
favoritas

Diagnóstico Diferencial:

Otros Trastornos Psiquiátricos

- Trastornos Emocionales y Adaptativos

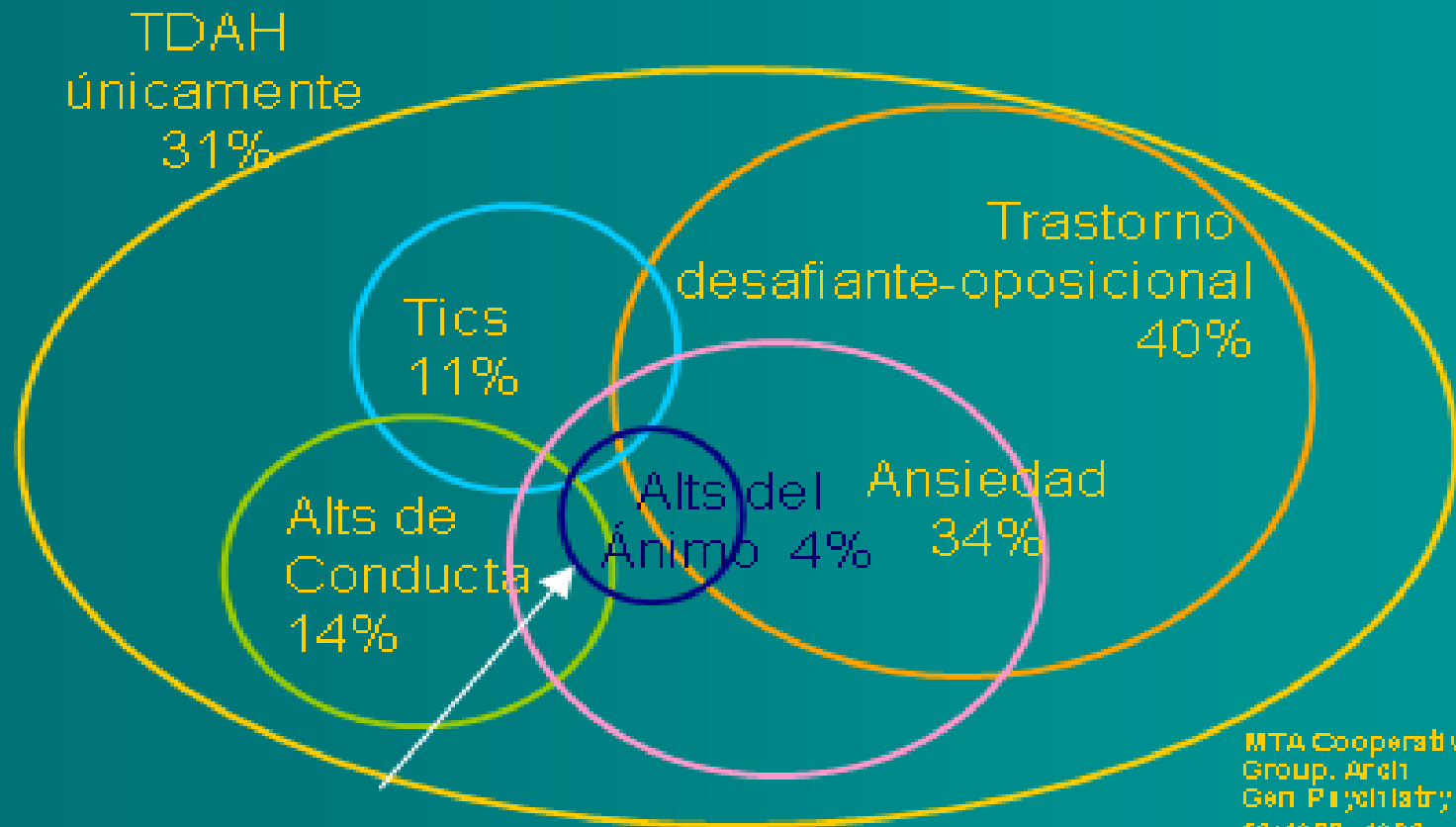
(Niños pequeños/ adolescentes)

- Falta de cronicidad / Fecha de inicio identificable
- Factores de estrés y/o acontecimientos externos adversos.
- A veces la propia ansiedad o depresión son las que hacen al niño estar preocupado (inatento) y agitado.
- Muy importante la entrevista con el niño; los padres/ educadores describen mejor las conductas pero no sus vivencias internas.

Las dificultades asociadas al TDAH pueden generar una Personalidad insegura, con sentimientos de inferioridad e incapacidad!!

Comorbilidad

Alteraciones coincidentes
en niños con TDAH (n=579)



MTA Cooperative
Group. Arch
Gen Psychiatry. 1999;
56:1033-1036

Comorbilidad y TDAH

- Presentación en un mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos. El TDAH se asocia frecuentemente con otros trastornos psiquiátricos.
- Se admite que el TDAH “puro” es algo muy infrecuente. Hasta un **40-60%** presentan al menos un trastorno comórbido (Goldman), aunque otros autores han observado una comorbilidad de hasta el **60-80%** (Kadesco).
- La comorbilidad condiciona la presentación clínica, suele complicar el diagnóstico, empeorar la evolución, pronóstico y la respuesta al tratamiento.

Comorbilidad y TDAH

Características relacionadas con la persona

Es más frecuente en:

- Varones
- Adolescencia como etapa de vulnerabilidad neuropsicológica.
- Trastornos específicos del aprendizaje (lectoescritura y matemáticas).
- Cuanto mayor sea la edad del paciente
- CI bajo
- Escaso nivel cultural y educativo
- Antecedentes Familiares Psiquiátricos.

Comorbilidad y TDAH

Características relacionadas con el Trastorno

- **TDAH COMBINADO:**
 - Inicio precoz
 - Severo
 - Larga evolución
 - Que cursa con agresividad
 - Tratamiento tardío

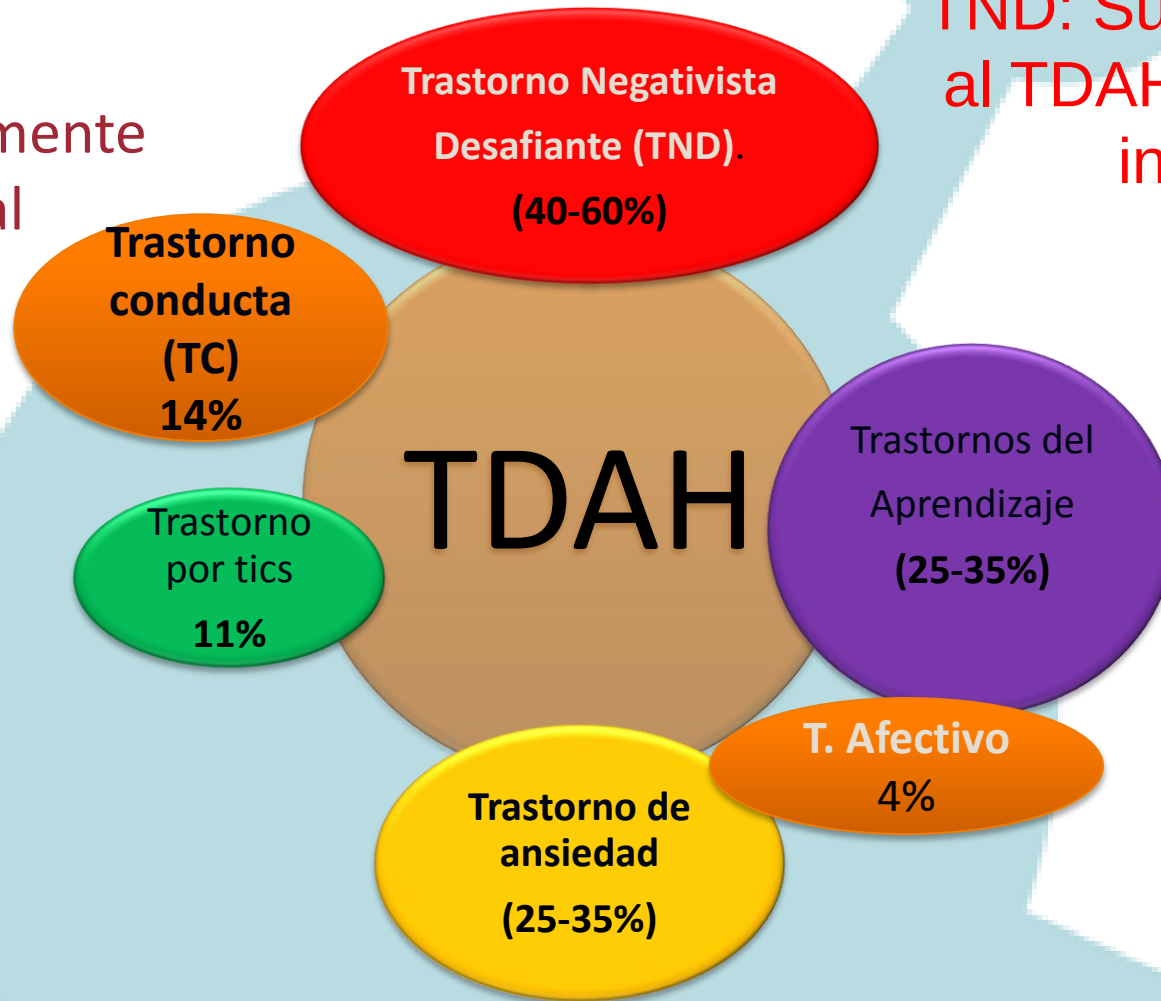
CUANTO MAS TARDE EMPIECE A TRATARSE EL TDAH MAYOR ES EL RIESGO DE COMORIBILIDAD

TRASTORNOS COMÓRBIDOS	Frecuencia
Trastorno del aprendizaje (trastorno de la lectura, cálculo)	25-35%
Trastorno del desarrollo de la coordinación motora	47%
Trastornos generalizados del desarrollo	26%
Trastorno negativista desafiante	40-60%
Trastorno disocial/ T. Conducta	14'3%
Trastorno de tics/Síndrome de la Tourette	10'9%
Trastornos por abuso de sustancias	15-19%
Trastorno del estado de ánimo :depresión.	0-33%
Trastorno Bipolar	0-16%
Trastorno de ansiedad	25-35%
Trastornos del sueño	30-60%

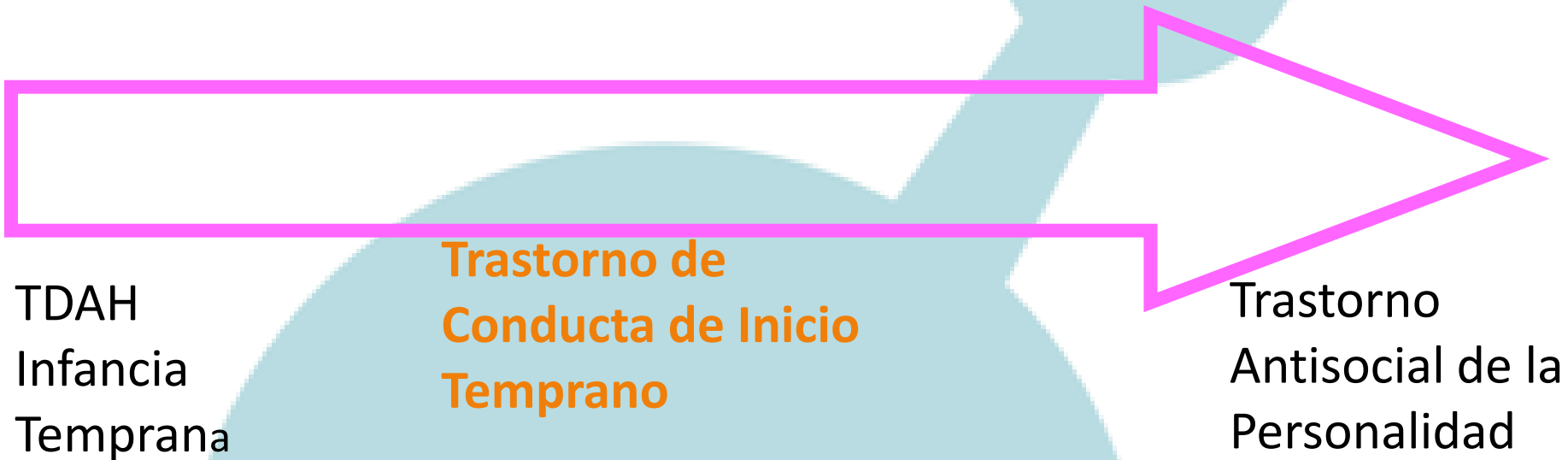
Comorbilidad más frecuente del TDAH.

TC: Generalmente
secundario al
TDAH

TND: Suele asociarse
al TDAH desde su
inicio



Recorrido evolutivo de Trastornos de Conducta



- La hiperactividad es el factor de riesgo mas importante para la aparición de **trastornos de conducta de inicio temprano**.
- El TDAH **aumenta el riesgo de persistencia** de los Trastornos de conducta una vez iniciados.

Trastornos de Conducta (TC)

TRASTORNO DISOCIAL Y TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

Dimensiones comportamentales en los TC:

- Agresividad
- Oposicionismo
- Conductas antisociales/ antinormativas (robar, mentir, falsificar, hacer daño o agredir)
- Impulsividad (TDAH)
- Frialidad afectiva y falta de empatía

Comorbilidad: Trastornos de Conducta y TDAH

- Cuando aparecen juntos

La **evolución es peor**,
para ambos trastornos.



- La asociación de TDAH con trastornos de conducta en la infancia aumenta el riesgo de conducta antisocial, abuso de alcohol o drogas en la adolescencia.

Trastorno Disocial

- Es la **forma más severa** de TC y se da principalmente en **adolescencia** en niños con **trastorno oposicionista de pequeños**
- Estos adolescentes **rompen repetidamente** normas sociales importantes y se saltan los derechos de los demás pudiendo llegar hasta la delincuencia juvenil.
- Se trata de **chicos de difícil manejo** que crean problemas serios a sus padres, profesores y en su entorno social y que pronto entran en contacto con la policía y el sistema legal.

Trastorno Disocial versus TDAH

- Impulsividad/Agresividad proactiva:

En respuesta a motivaciones

- Frustración

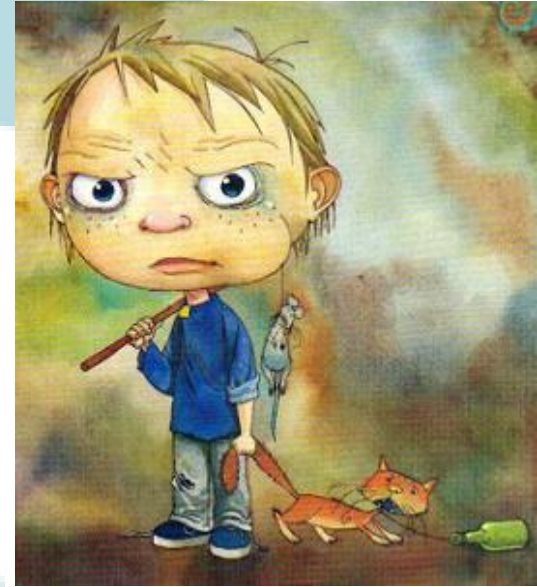
(pero no necesariamente sucedida inmediatamente antes)

- Necesidad o deseo de hacer daño

- Incumplimiento de normas

- Connotaciones más egoístas y malévolas (rencor, orgullo, dominio, venganza)

- La valoración de uno mismo tras un comportamiento transgresor tiene que ver con considerarse poderosos, superiores, inteligentes o dominantes.



TDAH versus TC

Impulsividad / Agresividad

- Reactiva a una situación de frustración inmediatamente anterior.
- Suele seguirse de arrepentimiento e intento de reparar el daño producido.
- Identidad negativa/ Baja autoestima

Incumplimiento de normas

- No se trata de un desacuerdo con lo que es correcto o con las normas.
- Al hiperactivo le cuesta aprender de sus errores porque la siguiente respuesta es igual de impulsiva que la anterior (“impide que piensen las cosas”)

Trastorno Negativista Desafiante

- Mayor continuidad con aspectos caracteriales constitucionales.
- Inicio Temprano (**antes 6 años**) y que se da sobretodo en niños con **temperamento difícil**.
- Frecuentemente malhumorados, irritados que parecen no disfrutar con nada.
- Rabieta de intensidad y frecuencia desproporcionadas



Trastorno Negativista Desafiante

- Actitud permanentemente desafiante y oposicionista
 - Su primera respuesta suele ser “no” ante cualquier orden/petición.
 - Son beligerantes, discuten las ordenes que se les dan
 - Hacen lo contrario de lo que se les dice
 - Se comportan de forma obstinada, negativista y provocativa



Comorbilidad: T. específicos del desarrollo y del Aprendizaje

- **Trastornos de Aprendizaje (TA)** → adquisiciones evolutivas (**lenguaje, lectura, escritura, desarrollo psicomotor**) más lentas o inadecuadas a la edad cronológica del niño → **menor habilidad para leer, escribir, deletrear o hacer cálculos matemáticos**
- La **baja concentración** se considera secundaria a unas expectativas académicas demasiado altas respecto a las capacidades del niño.
- Requiere de intervenciones diferenciadas y coordinadas (derivación a EOE) para su adecuada valoración, seguimiento y tratamiento específico).

Comorbilidad: T. específicos del desarrollo y del Aprendizaje

- Se identifican 4 subtipos de Trastornos de Aprendizaje:
 - Trastorno de Lectura (Dislexia)
 - Trastorno del Cálculo
 - Trastorno de la Expresión escrita

Frecuentemente asociados a Retraso en Adquisición del Lenguaje

Comorbilidad: T. del aprendizaje escolar

- Comorbilidad con TDAH en torno al 25%.
- Mayor riesgo de **Fracaso escolar**, incluso en niños con CI elevado.
- Más comunes en el subtipo de TDAH combinado y con predominio atencional (**Dx Diferencial!!**)
- TDAH suele conllevar resultados bajos en test de rendimiento académico y el clínico debe determinar si ese rendimiento es secundario al TDAH o existe un TA específico asociado.

Sospechar un T. Del Aprendizaje:

- Problemas atencionales sólo surgen **en áreas determinadas de aprendizaje** (lectura).
- Cuando la **capacidad atencional mejora** con un **tratamiento psicopedagógico aislado**, se puede considerar que el problema primario es el TA.
- Cuando los síntomas de **TDAH** ocurren casi en **exclusiva en el entorno escolar**, es muy probable que tengan un TA (único o comórbido al TDAH)

Comorbilidad: Trastornos de Ansiedad

- Uno de cada cuatro niños con TDAH tiene uno o más trastornos de ansiedad simultáneos (cinco veces mas que la población general).
- El 15-30% de los niños derivados por problemas de ansiedad, cumplen criterios diagnósticos de TDAH.
- Frecuentes síntomas de ansiedad relacionados con fracaso escolar, criticas recibidas de padres, amigos y profesores.
- Son más frecuentes en niñas y TDAH subtipo Inatento ?
- Conlleva peor adaptación escolar y más problemas de rendimiento académico.
- En casos de intensidad leve – moderada suele mejorar con estimulantes al mejorar su rendimiento y capacidad para relacionarse.
- Su tratamiento de elección es el psicológico conductual o el combinado.

Comorbilidad: Trastornos Afectivos

- Trastornos depresivos y Bipolares es más frecuente en la adolescencia.
- Los síntomas típicos del niño con depresión son: **apatía** más que tristeza (“**está cansado y sin ganas de hacer nada**”, “**quiere estar solo**”) e **irritabilidad**.
- Además suelen presentar **alt. sueño, apetito**, ideas de **inutilidad, culpa** o de **suicidio** y empeoramiento del rendimiento escolar y de las relaciones sociales.
- Los síntomas más específicos de los episodios maníacos son la **aceleración del pensamiento**, **expansividad**, **grandiosidad**. La hiperactividad suele estar dirigida a un fin.

Comorbilidad: Trastornos por consumos de sustancias (TCS)

- Una amplia literatura médica confirma la relación entre TDAH y TCS.
- mayor riesgo en adolescentes con TDAH, Trastorno disocial y Trastorno bipolar.
- La persistencia del TDAH sin tratamiento confiere un riesgo intermedio de TCS, que parece manifestarse en adolescentes mayores y adultos jóvenes o estudiantes universitarios.
- Influencias tanto genéticas familiares como de automedicación pueden participar en la aparición y la continuación de los TCS en pacientes con TDAH; sin embargo, no se dispone de datos sistemáticos.

Comorbilidad: Trastorno del desarrollo de la coordinación (TDC)

- El rendimiento en las actividades diarias que precisan coordinación motora es mucho menor de lo esperado a su edad e inteligencia medida. Se puede manifestar por retrasos marcados en la consecución de hitos motores (p. ej., caminar, gatear, sentarse), dejar caer cosas, «torpeza», escaso rendimiento deportivo o mala caligrafía.
- Interfiere significativamente con el rendimiento académico o con las actividades de la vida diaria.
- 5-10% en población general versus 50% en TDAH
- El TDC tiene un efecto interactivo de cara a la predicción de rasgos autistas y problemas del aprendizaje.

Comorbilidad: Trastornos del Espectro del Autismo (TEA)

- el 58% de los pacientes diagnosticados de autismo y el 74-85% de los diagnosticados de síndrome de Asperger cumplen también criterios diagnósticos completos de TDAH
- Mayor frecuencia en TDAH asociados a TDC.
- Variabilidad diagnóstica según momento evolutivo:
 - TDAH (primera infancia) --- TEA (a medida que crecen)
 - TEA (primera infancia) ---- TDAH (a medida que crecen)
- Muchos TDAH tienen problemas significativos en las interacciones sociales pero suelen ser secundarios a su disfunción ejecutiva.
- El déficit atencional de los TEA tiende a ser del tipo «no escucha» y «dificultad para cambiar de enfoque», más que «poca capacidad de atención» y «excesiva distraibilidad»

¡Gracias!



FUNDACIÓN

INGADA

Instituto Gallego del TDAH
y Trastornos Asociados