

TND y TDAH, ¿son el mismo trastorno?

Francisco Montañés Rada
Prof Psicobiología UCM y Psiquiatría URJC
Jefe Servicio Hospital Universitario Fundación Alcorcon y CSM
Alcorcón
pacomontanes@gmail.com

Epidemiología

Problemas de conducta y datos de comorbilidad con TDAH

- Problemas de conducta incluye conducta negativista, desafío, agresividad (verbal o física), delincuencia.
- TND y/o TD están en **40-70%** de niños con TDAH y viceversa (**40-60%**)
- Las cifras de comorbilidad serían mayores si incluyéramos agresividad, problemas de conducta o espectro completo de conducta negativista.
- Varía mucho según contexto, más en contexto de consultas psiquiátrica.

- La CIE 10 sigue la regla de **parsimonia** médica: formulación diagnóstica médica que mejor explica el material clínico.
- Ofrece la CIE 10 una categoría diagnóstica separada: tr de conducta hiperkinética que describe a los niños con patología mixta.
- La DSM IV y siguientes propone **múltiples** diagnósticos.

- Porque son tan elevadas estas tasas?
 - Efecto Halo de instrumentos
 - Sesgo información
 - Contexto
 - Estrechez o amplitud de categorías
- Sin embargo **a pesar de los sesgos**, las cifras de comorbilidad son mayores que las que el azar produciría a partir de las prevalencias de cada uno de los trastornos por separado.

TDAH y TND y TD ¿son entidades diferentes o son aspectos diferentes del mismo fenómeno?

- CONS
- PROS

PROs son el mismo

- Los estudios factoriales (Pilow, 1998; Trites y Laprade, 1983)
 - Existe un factor sólido de problemas de conducta
 - y otro de atención e hiperactividad que a veces está aislado y a veces unido al de conducta.
- Estudios de sintomatología fundamental y correlatos (Reeves, 1987; Werry 1987).
 - No hay base para diferenciar
- Medidas objetivas y de laboratorio (Shapiro y Garfinkel, 1986; Werry, 1987)
 - no diferencias
- Múltiples informantes (Hart, 1994).
 - Validez divergente cuestionable

CONs (no son el mismo)

- Escala IOWA, contiene preguntas del Conners completo (Loney y Milich, 1982)
 - Hay 5 preguntas que diferencian niños con atención e hiperactividad de los niños agresivos
 - Hay 5 preguntas que diferencian niños con agresividad de niños con hiperactividad. (esta escala detecta mejor conducta TND que agresividad física)
- Epidemiología (Maughan et al 2004; Moffitt, 1990). Correlaciones:
 - TDAH: con problemas de desarrollo y deterioro cognitivo
 - TD: menor nivel socioeconómico, adversidad psicosocial, problemas familiares.
 - TDAH + TD: rasgos de ambos = peor evolución
- MTA (Jensen, 2001):
 - Los padres distinguen conductas de TND, TD y TDAH.
- Escala Structured Observation Assesment in Playroom Settings:
 - Diferencia TDAH, TD, TDAH+TD.
- Pruebas de Rendimiento Computerizado (PRC) (Halperin, 1988, 1991) y actígrafos sensibles a la aceleración (Halperin, 1992, TEicher1996)
 - Diferencian.
- La diferenciación varía según muestra y medida.

Conclusión 1

- No son variaciones del mismo tema.
- Comparten impulsividad.
- Diferentes síntomas nucleares, correlatos psicosociales y rendimientos en medidas objetivas.
-
- Si hay comorbilidad hay peor evolución.

¿Porque la comorbilidad con TND y TD y/o agresividad es tan frecuente en niños con TDAH?

- 1. Un trastorno es un precursor del otro
- 2. Un trastorno es un factor de riesgo para la aparición posterior de la otra enfermedad
- 3. Comparten ambos los mismos factores de riesgo o relacionados
- 4. Hay base sintomática común.

1. TDAH como precursor

- Pocos estudios a favor de TDAH como precursor o viciversa.
- **Consenso:** En caso de **comorbilidad** de TDAH con TND o TD, **si** hay agresividad de inicio temprano (<10a) de forma clara **aumenta el riesgo de agresividad persistente y tr antisocial** (Manuzza et al, 2004)
- Ahora bien, ¿si no hay manifestación temprana de agresividad y/o si no hay comorbilidad con TND o TD, los TDAH pueden aumentar el riesgo de conducta antisocial?--**CONTRADICTORIOS**

- Whittinger (2007): **TND** en infancia
 - aumenta riesgo x3 de **TD**
 - predice la gravedad del **TD** en adolescencia.
- MacDonald y Achenbach (1996) Biederman et al (1996b)
 - El **TDAH** comórbido con agresividad en la infancia predice en la adolescencia la aparición de conducta **antisocial**.
- Harpold (2007). Adultos con TDAH:
 - el 43% tenía antecedentes de TND y TDAH en la infancia.

- August (1999).
 - TDAH Y TND comórbido **no** es precursor de TD porque los síntomas del TND son transitorios y por tanto inestables.
- Taylor (1996)
 - el TD aumentaba su frecuencia en función de la gravedad del TDAH.
- Biederman (1996b).
 - TD era más comórbido en niños con TDAH persistente,
 - deduce por su muestra que esta asociación no es específica, hay **otros** factores.
- Lahey (2002).
 - El TDAH y el TND comórbido **sólo** confieren riesgo al inicio de la adolescencia.

2. TDAH como factor de riesgo

PROs

- Loeber et al (1995, 2002)
 - TDAH coexistente puede **acelerar** la transición entre TND y TD.
- Walker et al (1987)
 - el TDAH es un factor de riesgo de **mala evolución** en niños con TD.
- Barkley et al (1991), Manuzza (1993) y Taylor (1996) .
 - El **riesgo de TD aumenta** por la presencia en primera infancia del TDAH.

CONs

- Loney (1981).
 - Niños no agresivos con TDAH tuvieron síntomas de **ansiedad** y problemas **de aprendizaje** en adolescencia pero **no** problemas de conducta, conducta antisocial o abuso de sustancias.
- Biederman (1997).
 - Adolescentes **con y sin TDAH** tienen **similar riesgo** de **abuso de sustancias**, el cual **estaba mediado por TD y/o tr bipolar** (Boyle, 1993).

3. Los tr comparten los mismos factores de riesgo relacionados.

- Aunque los factores para TDAH y TD pueden ser diferentes, en algunas situaciones pueden interactuar para dar **riesgo aditivo**.

Pej TDAH parental-factores de riesgo de TD (discordia parental, agresividad...)-aumento de riesgo TD en adolescencia.

- En todo caso los perfiles de conducta relacionada con el TDAH y con el TD son bastante **similares** en familiares (Smalley, 2000).

Visión actual vs clásica de la forma en que influyen factores de riesgo.

- Visión clásica: adversidad psicosocial, psicopatología parental, nivel socioeconómico bajo, desavenencias familiares, exposición a conducta antisocial en iguales se asocia a **riesgo elevado de TD y agresividad pero no de TDAH** (Satake, 2004; Schachar & Tannock, 1995).
- Sin embargo según estudios de Biederman (1995b, 2001) muestran que si bien no hay un factor único asociado al TDAH, **el acúmulo de varios sí que aumenta el riesgo de TDAH.**
-

4. Hay una base sintomática común

- El TDAH y el TD comparten una base sintomática subyacente común, la **IMPULSIVIDAD**.
- Sin embargo las **manifestaciones** en ambos trastornos pueden ser **diferentes**.
- Se desconoce **si** los determinantes **neurobiológicos** de la impulsividad son los **mismos** en el TDAH, TD y TDAH comórbido con TD.

Conclusiones2

- Los niños con TDAH **combinado**, especialmente los que tienen síntomas **graves persistentes** tienen mayor riesgo de TC como TND y TD.
- Los que tienen TDAH y agresividad de inicio temprano (<**10a**) más riesgo
- Sin factores de riesgo de TD, la aparición de TD es baja aunque haya TDAH.
- Si hay dichos factores de riesgo, el TDAH **acelera** la aparición de agresividad y la progresión a TD completo.
- El TDAH **es un factor de riesgo para paso a TD.**

- La presencia de problemas de conducta altera las manifestaciones clínicas de los niños con TDAH?

- Se pueden hacer **tipos** de TDAH a nivel cognitivo y conductual en base a **dos variables**:
 - con falta de atención y sin falta de atención,
 - y por otro lado agresivo y no agresivo (August and Garfinkel 1989; Halperin 1992, 1994).

- Los niños **con** déficit de atención/deterioro cognitivo/no agresivo tienen más
 - fracaso escolar o academico, pruebas PRC, más comorbilidad con tr de **ansiedad o ánimo**. Más interiorización (Lahey, 1987)
- **Sin** déficit de atención/deterioro cognitivo/conductual agresivo se caracteriza por
 - mayor niveles de **actividad motora** y más probabilidad de ser **agresivos**. Más exteriorización (Lahey, 1987)

- La naturaleza de los síntomas del TDAH es similar en niños con TDAH con/sin TND y TD o agresividad comórbidos.
- Si bien el grupo **comórbido es más impulsivo**

Si hay interiorización asociada ¿cambia la sintomatología?

- Los niños con TDAH y TD/TND comórbido tienen
 - aumento del riesgo de de tr depresivos y de ansiedad (Busch, 2002; Willcutt, 1999).
 - En las muestras del MTA este grupo tenía los mayores niveles de deterioro (Jensen, 2001).

Los niños con TDAH y tr de exteriorización e interiorización comórbidos tienen mayor deterioro y merecen atención especial.

¿TDAH y TD comórbido es un subtipo distinto?

- Sí, es un subtipo diferente en antecedentes, patrones familiares-genéticos, evolución longitudinal y función neurobiológica.
- El subtipo TDAH +TD es **más virulento** que TDAH+TND

- EL factor principal de riesgo para abuso de sustancias en niños con TDAH es el TD o tr antisocial (Barkley, 2004).
- La agresividad pero no el TDAH predice el consumo de sustancias en adolescencia (Haliskas, 1990)

El nivel de actividad esta mediado por mecanismos neurobiológicos diferentes en niños agresivos y no agresivos?

- Parece que sí:
- La **impulsividad** medida con **PRC** está elevada solo en el grupo con TDAH **agresivo**, 5 mg de metilfenidato **no modificaron** estos niveles.
- El **nivel de actividad elevado** en ambos grupos de TDAH (agresivo y no) **solo disminuyó tras tratamiento en el grupo sin agresividad**. (Matier, 1992)

- EL 5HIA que suele estar **disminuido** en niños TDAH agresivos, esta **aumentado** en TDAH no agresivos de menor edad (Castellanos, 1995).
- Datos contradictorios en la respuesta de prolactina a provocación con fenfluramina (en adultos está atenuada si hay impulsividad-agresividad).

¿cómo afecta la toma de decisiones clínicas el conocimiento de la comorbilidad del TDAH con TC?

- Se ha de **intervenir más precozmente** en niños con agresividad temprana.

¿Hay diferencias en la forma que los síntomas del TDAH responden al tratamiento en presencia de problemas de TC comórbidos?

- Responden **igual de bien** los TDAH con agresividad que sin ella, al metilfenidato . Incluso **mejor** (más margen de mejora?) (Barley, 1990, Klein 1997). Es válido para atomoxetina y modafinilo.
- Los síntomas **solapados de disocial** (sin confrontación con víctima, como mentiras o robo) **también** mejoran con estimulantes (Hinshaw, 1992).
- Necesitan **más dosis**, (más deterioro), **más si** hay comorbilidad con interiorización o exteriorización.
- Disociación en dosis: cognitiva (mejora a 0,3mg/kg) y conductual (1mg/kg) (Srague y Sleator, 1997).

¿Son necesarios tratamientos adicionales en niños con TDA y TND o TD o agresividad comórbidos?

- PROs
- Kolko (1999), Satterfield, (1978, 1981) Farmacos aumentan conductas positivas y terapia conductual puede reducir las negativas.
- CONs
- Leves diferencias entre fármacos y el grupo multimodal. (Abikoff & Klein, 1992; Ialongo 1993).
- Mejor con fármacos que con tratamientos psicosociales (MTA Cooperative Group, 1999; Swanson, 2001).
- Útil terapia cognitivo-conductual.

- **CONCLUSIONES GENERALES**

- La comorbilidad del TDAH y TND/TD se ve en al menos la mitad de los niños: 40-70% de niños TDAH tienen TD o TND y 40-60 de TND o TD tienen TDAH.
- Explica la mayor parte de la evolución desfavorable tanto en niños con TDAH como en niños con TD.

- El TDAH y TD son enfermedades diferentes aunque comparten base sintomatológica común (impulsividad).
- Se puede diferenciar TDAH y agresividad incluso con instrumentos como la IOWA Conners rating scale y su subescala de agresividad.

- Es un subtipo más virulento o al menos distinto.
- Esto es especialmente cierto si la agresividad en el TDAH aparece por debajo de los 10 años.

- TDAH es un factor de riesgo para aparición posterior del TD.
- El TND comórbido es prodrómico del TD en algunos casos, aunque más del 50% de TND en infancia no serán TD. El 12% de adultos con TDAH tienen un TND.

- Los fármacos psicoestimulantes pueden ser útiles en el tratamiento del TDAH con TD, TND o agresividad. Se requieren dosis mayores.
- Se requiere casi siempre una intervención psicosocial concomitante.
- El uso combinado requiere más estudios.
- Son de tercera línea los estabilizadores o antipsicóticos atípicos.

peter

Peter, un niño de 5 años de edad, fue llevado por sus padres para una evaluación sobre la necesidad y adecuación del tratamiento farmacológico. Peter es el mayor de dos hijos y vive con sus padres y su hermana menor en una comunidad urbana de clase media-alta. Se le diagnosticó de TDAH varios meses antes del ingreso durante una evaluación con pruebas psicológicas. Peter siempre ha sido extremadamente hiperactivo, con frecuencia hasta el punto de ser incontrolable. Juguetecía continuamente y con frecuencia tocaba a otras personas y objetos. Le gustaba trepar, y sus escaladas ya habían dado lugar a varios accidentes. También era muy impulsivo, cogiendo con frecuencia algún objeto próximo y tirándolo sin pensar. Su capacidad de fijar la atención era variable. En ocasiones se sentaba tranquilo y miraba un libro con sus padres, aunque no era lo habitual. Sin embargo, con frecuencia podía ver la televisión tranquilamente durante un período prolongado.

Peter había sido visto por un terapeuta de habla inglesa

Peter había sido visto por un terapeuta trabajador social durante aproximadamente 1 año antes de la evaluación actual, aunque se le derivó para un estudio más extenso y un posible cambio del plan terapéutico debido a un aumento de la agresividad. Era muy difícil de manejar en la guardería, era agresivo con sus iguales y con frecuencia no respondía a los límites. Se tenían resultados relativamente mejores con la supervisión uno a uno en el hogar y en la escuela. Sin embargo, los recientes aumentos del nivel de agresividad tanto en el hogar (con frecuencia era agresivo con su hermana menor) como en la escuela (como consecuencia de esta conducta casi no tenía amigos), además de su incapacidad de cumplir las crecientes exigencias de autorregulación y mantenimiento de la conducta en las tareas en la escuela, se estaban convirtiendo en problemas graves. La escuela estaba amenazando con asignar a Peter a una clase de educación especial o a mantenerle en el jardín de infancia. Sus padres se estaban exasperando y estaban perdiendo la paciencia con él con más frecuencia. Todas las partes implicadas en el caso reconocieron que la situación estaba llegando a descontrolarse.