



Revista Costarricense de Psicología

ISSN: 0257-1439

ISSN: 1659-2913

Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Alpízar-Velázquez, Alejandra
Desregulación emocional en población con TDAH; una aproximación teórica
Revista Costarricense de Psicología, vol. 38, núm. 1, 2019, Enero-Junio, pp. 17-36
Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

DOI: <https://doi.org/10.22544/rcps.v38i01.02>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476761476002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

UAEH [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Desregulación emocional en población con TDAH; una aproximación teórica

Emotional dysregulation in the population with ADHD.

A Theoretical Approach

Alejandra Alpízar-Velázquez

Investigadora independiente, Costa Rica

Resumen

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) constituye un trastorno del neurodesarrollo, cuyos síntomas nucleares constituyen la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. Esta última puede ser verbal, motora y cognitiva, también emocional. Se expresa por la desregulación emocional y afecta la capacidad de autorregularse emocionalmente e inhibir las emociones. Por lo anterior, el objetivo de este documento es realizar una aproximación teórica-descriptiva desde diferentes autores sobre la desregulación emocional presente en la población con TDAH. Es importante la revisión de este concepto, porque la regulación emocional constituye una de las funciones ejecutivas que se afecta en las personas con TDAH al originar un impacto en el funcionamiento personal y social a lo largo de la vida. A partir de la revisión, se concluyó que hay un auge en el estudio y el análisis de este tema en la comunidad científica en las últimas décadas, que validan la importancia del conocimiento y del abordaje de la desregulación emocional en esta población, pues brinda elementos clínicos que facilitan el diagnóstico diferencial y la identificación de comorbilidades que este trastorno podría presentar. Finalmente, la desregulación emocional, junto con la inatención, la hiperactividad y la impulsividad constituyen parte de los síntomas que deben considerarse en el tratamiento multimodal del TDAH.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, desregulación emocional, funciones ejecutivas, diagnóstico diferencial, tratamiento multimodal

Alejandra Alpízar-Velázquez; investigadora independiente, Costa Rica.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Alejandra Alpízar-Velázquez. Dirección electrónica: alealpizarv12@gmail.com

A. ALPÍZAR

Abstract:

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder, whose nuclear symptoms constitute inattention, hyperactivity and impulsivity, the latter may be verbal, motor and cognitive, but also emotional, expressed by emotional dysregulation, which affects a person's ability to emotionally self-regulate and inhibit emotions. Therefore, the objective of this document is to take a descriptive theoretical approach from different authors about the emotional dysregulation present in the population with ADHD. It is important to review this concept since emotional regulation is one of the Executive Functions that is affected in people with ADHD, causing an impact on the person and their social functioning throughout life. From this review, we concluded that there has been a boom in the study and analysis of this topic in the scientific community during the last decade. This validates the importance of knowledge about and approach to emotional dysregulation in this population, since it provides clinical elements that facilitate differential diagnoses and the identification of comorbidities that this disorder could present. Finally, emotional dysregulation, along with inattention, hyperactivity and impulsivity, is part of the symptoms that should be considered in the multimodal treatment of ADHD.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Emotional Dysregulation, Executive Functions, Differential Diagnosis, Multimodal Treatment

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en adelante TDAH, constituye un trastorno del neurodesarrollo, sus síntomas nucleares (inatención, hiperactividad e impulsividad) se presentan desde la temprana infancia hasta la edad adulta. Por décadas, ha sido objeto de estudio de muchas investigaciones. Sin embargo, la comunidad científica ha volcado aún más su mirada a conocer cómo se expresa esta condición a lo largo de la vida y a considerar la desregulación emocional, en adelante DE, como parte de este.

La definición del TDAH gira en torno a sus síntomas nucleares. Barkley (2011) describe dos áreas afectadas en el TDAH: primero, la inatención, que consiste en la dificultad en la perseverancia para cumplir objetivos y terminar tareas. Se presenta una baja capacidad de resistirse a las distracciones, que dificulta su intento por reanudar lo que estaba haciendo y así cumplir su tarea u objetivo.

La segunda área es, para el autor, la inhibición expresada por una hiperactividad caracterizada por movimientos y conducta verbal excesiva, que no se justifican con la tarea que el individuo está realizando, así como también la impulsividad que puede ser verbal, motora y cognitiva, expresada en la toma de decisiones precipitadas, dificultad en la gratificación diferida. Esta también es emocional y afecta las relaciones que el individuo establece con las personas de su entorno.

La impulsividad emocional es un reflejo en cómo se expresan las emociones, componente que debe ser atendido en el individuo y el entorno familiar mediante la psicoeducación, lo cual constituye una díada de abordaje imprescindible para el bienestar de los involucrados. La impulsividad emocional, que caracteriza la DE en el TDAH, podría estar presente a lo largo de la vida por tratarse de un trastorno crónico. Así, la relevancia de profundizar en todos los aspectos que forman parte de este es vital para su abordaje, más aún, cuando se trata de uno de los trastornos psiquiátricos más comunes.

Al respecto, Ramos-Quiroga et al. (2012) definen la prevalencia del TDAH en niños del 4-12%; de estos, dos tercios continuarán con sintomatología en la edad adulta, por lo que un 15% mantendrá el

diagnóstico completo y un 50% lo hará en remisión parcial. Por lo tanto, la prevalencia en adultos se estima en un 3-5%. Dicha cifra también podría elevarse a un 10-20% si tiene comorbilidad con la depresión, la ansiedad o el uso de drogas.

Debido a esta comorbilidad, que alcanza más del 50% en el TDAH y su relación con el diagnóstico diferencial, se analizarán estos factores claves alrededor del tema de la DE.

Este artículo, para su revisión teórica, toma como punto de partida el año 2005. Primero, menciona antecedentes de la DE a lo largo de la historia del TDAH, aspecto que, a través de las décadas, ha sido poco enfatizado e integrado en los componentes clínicos de este trastorno.

Segundo, se describe conceptualmente la DE en el TDAH dentro de la comunidad científica y su relación con los síntomas nucleares. Tercero, se revisan algunos aspectos neurobiológicos vinculados a la DE. Cuarto, se describe la regulación emocional como parte de las funciones ejecutivas.

En un quinto apartado, se puntúan algunas consideraciones en el diagnóstico diferencial y el abordaje multimodal en relación con la DE en el TDAH. Finalmente, se enumeran las conclusiones de esta revisión.

Método

Se recurrió a fuentes bibliográficas con respaldo científico a partir del año 2005. Se indagó en libros de autores reconocidos, artículos de revistas científicas de acceso directo y por inscripción, recursos audiovisuales como conferencias virtuales, webinars y podcast.

Recorrido histórico

Antes de que el TDAH apareciera en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en adelante, DSM, por sus siglas en inglés, aparecieron descripciones clínicas de pacientes que no solo presentaban un cuadro de síntomas nucleares, sino también se describía una dificultad en la gestión de las emociones. Barkley (2011), quien ha investigado la existencia del TDAH en la historia médica, indicó que desde 1902, George Still lo denominó como el síndrome llamado “pobre regulación moral del comportamiento”, en la que observaba distracción, impulsividad, hiperactividad y dificultades para regular las emociones. A partir de los años cincuenta, hasta los setentas, el TDAH recibió diferentes nombres: “disfunción cerebral mínima” y “síndrome del niño hiperactivo”. Ambas incluían la autorregulación emocional deficiente como una característica central de estos trastornos. Tales aspectos comenzaron a mostrarse en estudios. Reimherr et al. (2005) describieron un estudio en los años 1970 de individuos que, en su niñez, fueron diagnosticados con disfunción cerebral mínima y que, en su edad adulta, sus padres reportaban gran variedad de síntomas emocionales.

Posteriormente, el panorama cambió con la implementación del DSM II, el diagnóstico sería hiperquinesia. Se le adjudicaron tres características principales: la inatención, la impulsividad y la hiperactividad, pero no se incluyeron las emociones (Barkley, 2011).

Luego, con la llegada del DSM III en los años ochenta, el diagnóstico sufrió otra modificación a desorden de déficit atencional. Mantuvo los mismos síntomas nucleares. Pero, esta vez, se denominaron

características asociadas al área emocional el temperamento, la labilidad afectiva y la reactividad emocional (Reimherr et al., 2005).

Buscando una razón de porqué pasan las emociones a un segundo plano, Barkley (2011) plantea que el DSM estaba incursionando en el análisis científico de los trastornos psiquiátricos infantiles y ofrecía mayor importancia a la realización de estudios por la observación y la medición de síntomas. La distracción, la inatención, la impulsividad y la hiperactividad mostraban esta medición y era más difícil medir los síntomas de DE.

En las últimas décadas, algunos autores se han abocado a investigar la DE como una dimensión que forma parte del TDAH, además de los síntomas nucleares, a pesar de que el DSM 5 aún no se vislumbra la DE dentro de sus criterios diagnósticos (Vidal et al., 2014). Existe un auge en encuentros científicos como en congresos, simposios, jornadas sobre el tema y su caracterización en la población con TDAH.

Hoy, una de las posibles razones para la no inclusión de las características sobre la DE en el TDAH en los criterios nucleares, en el DSM 5, según Biederman (2018) ha sido el temor de que hubiera una confusión al diferenciar los trastornos anímicos. Dichos aspectos se ampliarán en un apartado posterior.

Asimismo, uno de los mayores exponentes del componente emocional en el TDAH ha sido Russell Barkley, experto de reconocimiento mundial en el TDAH, quien ha posicionado la DE como parte del TDAH. Según este autor, el TDAH constituye un retraso en el desarrollo en los procesos de la respuesta inhibitoria, que incluye la autorregulación del afecto y que no se debe necesariamente a la existencia de una condición comórbida como ansiedad y depresión (Barkley, 1997, citado en Reimherr et al., 2005).

También, los estudios en población con TDAH vinieron a fortalecer este posicionamiento, específicamente en adultos con TDAH. A este respecto, a unas muestras de 536 en Estados Unidos y Canadá, simultáneamente, les aplicaron escalas como la The Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale (WRAADDS) y la Conners' Adult ADHD Rating Scale (CAARS). Además, se investigó el tratamiento de la atomoxetina para los síntomas de la DE y concluyeron que estos forman parte de los síntomas de este trastorno y no a una simple característica asociada (Reimherr et al., 2005).

La población infantil con TDAH también ha sido objeto de estos estudios. En una muestra mayor a mil niños con TDAH, se evidenciaron en un 75% síntomas más intensos y frecuentes de baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, temperamento fuerte, tristeza y cambios de humor (Brown, 2014).

Este aspecto tan determinante en la población con TDAH, motiva a otros autores a la revisión de estudios ya realizados, que permitan analizar sus coincidencias. Barkley y Skirrow et al., citados por Rosen y Epstein (2010), encontraron investigaciones que demuestran los marcadores de la evidencia psicológica, neurológica y comportamental de la DE en niños con TDAH, pues presentan mayor inestabilidad e irritabilidad emocional en comparación con otros niños; por lo tanto, los caracterizan como aspectos básicos del TDAH infantil.

Datos científicos respecto a la presencia de la DE han sido mayores en la población infantil y adulta; en la adolescencia, como en otras áreas de investigación, los estudios son menores. No obstante, autores de alta trayectoria en este tema, Shaw, Stringaris, Nigg y Leibenluft (2014) revisaron artículos científicos relevantes respecto a la DE en jóvenes con TDAH y encontraron una prevalencia entre el 24% y 50%.

Este recorrido permite visualizar los diferentes momentos en que la DE ha formado parte de la historia del TDAH, y aunque es evidente el desfase a partir de los años ochenta, hoy recobra su auge. Además, existen argumentos como los de Russell Barkley, mencionado por Brown (2014), en que plantea que una “deficiente autorregulación emocional” debería ser incluida en los criterios diagnósticos del TDAH y reconocida como un componente nuclear de este trastorno.

Pese a lo anterior, a lo largo de las dos últimas décadas, hay consensos y artículos conformados por investigadores de trayectoria, por su aporte científico al entendimiento de este trastorno (Faraone et al., 2019; Kooij et al., 2019) establecen la DE como una de sus características clínicas y la describen como labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, impulsividad emocional, irritabilidad y arranques de enojo.

Esta mirada histórica denota que, aunque la DE no se establece en el Manual del DSM 5 como criterio diagnóstico para el TDAH, la experiencia clínica observada y atendida muestra lo que estos pacientes sienten en su vida cotidiana respecto a sus emociones.

En el apartado siguiente se amplía una conceptualización de la DE con base en estudios e investigaciones actuales.

Conceptualización de la desregulación emocional y TDAH

En el campo de las emociones en el TDAH, hay variedad de términos utilizados para describirlas: labilidad emocional (EL), reactividad emocional o afectiva, impulsividad emocional (IE), inestabilidad emocional, desregulación emocional, autorregulación emocional deficiente, sobremocionalidad, tolerancia a la angustia, incomodidad e irritabilidad (Faraone et al., 2019; Rostain, 2018).

Para la elaboración de este artículo, se toma en cuenta el proceso de regulación que realiza un individuo a partir de una emoción que le puede generar conflicto o sobrexaltación y a partir de ahí resolver y manejarlo. Por lo anterior, se usa el término de Desregulación Emocional (DE). Se describe a partir de su contraparte: la regulación emocional. Shaw et al. (2014) la definen como la habilidad de un individuo para modificar una emoción y lograr un comportamiento más adaptativo que se oriente a objetivos; requiere que el individuo seleccione, atienda, evalúe y sea flexible ante los estímulos que le generan una reacción emocional; por lo tanto, la desregulación se da cuando estos procesos adaptativos sufren un deterioro.

Este deterioro se visualiza en la forma en cómo se expresa la emoción. Skirrow et al. (2009) refieren que los cambios en el balance, la duración e intensidad de la emoción son influyentes en la capacidad del individuo de regularse. En situaciones cotidianas, tendrá que mostrar una conducta adaptativa o respuesta positiva ante un evento que provoque emociones negativas. También, en ciertas situaciones sociales, será necesario reducir o neutralizar las emociones positivas; por ejemplo, celebrar un examen, cuando un compañero no tuvo un buen resultado.

En las personas que padecen TDAH hay mayor demanda de la capacidad regulatoria, pues existe mayor debilitamiento de esta habilidad y la DE pasa a constituir una característica de este trastorno. Barkley y Murphy (2009) plantean que la DE involucra impulsividad emocional y una deficiente autorregulación emocional. Un individuo es capaz de autorregularse cuando logra inhibir una reacción emocional fuerte provocada por un evento, para luego calmarse y reenfocarse en otro asunto que permita evadir esa circunstancia y así moderar esa emoción inicial. Los autores establecen esta DE como una característica

principal del trastorno caracterizada por impaciencia, baja tolerancia a la frustración, temperamento fuerte, enojo fácil, irritabilidad y una propensión general a ser fácilmente alterado emocionalmente.

Con base en lo anterior, según Skirrow et al. (2009) y revisando la propuesta de Barkley, él explica que el proceso inhibitorio es esencial para la autorregulación y su ausencia expone al individuo a un pobre control de impulsos y de emociones, tal como sucede en el TDAH. Dodson y Tuckman (2016) así lo plantean al describir que las personas con TDAH sienten sus emociones más intensamente al mostrar, en ocasiones, impotencia en la capacidad para manejarlas.

Por ejemplo, ante un estímulo provocador que genera emociones, la reacción del individuo sin TDAH es moderada y no alcanza niveles de deterioro. Las habilidades de autorregulación son suficientes para llevar las emociones al nivel del estado emocional inicial de forma rápida y se da una concordancia entre la emoción y el comportamiento (Faraone et al., 2019). En un individuo con TDAH, por la alta impulsividad emocional y la DE acelera el tiempo en la intensidad de sus emociones y su comportamiento es excesivo y no se justifica para el evento ocurrido (Faraone et al., 2019).

Asimismo, Barkley y Murphy (2009) apoyan sus conceptos con un estudio realizado sobre la frecuencia y la severidad de la impulsividad emocional en adultos con TDAH y su impacto en la vida diaria. Captaron 3 grupos control, una muestra de 146 adultos con TDAH, 97 adultos de control clínico sin TDAH y 109 personas de grupo control de la comunidad. El resultado demuestra que los adultos con TDAH obtuvieron mayor impulsividad emocional que el grupo clínico y el de la comunidad respecto a los síntomas evaluados: impaciencia, baja tolerancia a la frustración, facilidad de enojo, temperamento fuerte, mayor irritabilidad y emocionalidad. Además, la severidad de esta impulsividad contribuye a la afectación de 6 de las 10 áreas evaluadas y que no se explican por la presencia de las dimensiones tradicionales de síntomas de la estructura del TDAH, tales como desempeño laboral, interacción social, logros educativos, manejo del dinero, conducción riesgosa y actividades recreativas. Por lo tanto, los autores concluyen que la impulsividad emocional es un componente central de TDAH.

Asimismo, este impacto en el individuo induce a una baja calidad de vida, mayor dificultad de ajuste social, desempleo, deficientes relaciones laborales, despidos, antecedentes de baja escolaridad con suspensiones y expulsiones escolares (Surman et al. 2013, citado por Faraone et al., 2019).

Esta incidencia ha llevado a científicos a establecer la DE como un endofenotipo para el estudio genético en adultos con TDAH, pues permite reunir individuos con alta similitud de síntomas para explorar sus características genéticas. Robison et al. (2009) subdividen los síntomas como dificultad en el temperamento, son de corta duración y reactivos a una situación del ambiente, sobrerreactividad emocional, caracterizado como una dificultad de manejar el estrés efectivamente y labilidad afectiva. Estos síntomas van a estar mayormente presentes en el tipo de TDAH combinado.

Además, existe mayor susceptibilidad a la DE cuando los síntomas del TDAH combinado han permanecido hasta la etapa adulta. Algunos casos se presentan por la severidad y la complejidad de los síntomas y muestran una buena respuesta al medicamento estimulante. Ello genera mejoría en la calidad de vida. Así lo han expuesto investigadores. Por ejemplo Reimherr et al. (2010) establecen la DE como característica principal en la adultez en el individuo con TDAH y su respuesta al metilfenidato genera

una regulación emocional. Rösler et al. (2010) confirman los hallazgos de estos autores con otro estudio y plantean que, si los síntomas mejoran, se confirma la hipótesis de que el DE forma parte del TDAH.

Además de investigar el impacto de la DE en la población con TDAH, otros han explorado cuáles condiciones son relevantes para que se exprese a lo largo de la vida. Brown (2014) determinó, en un estudio longitudinal en más de cien niños hiperactivos, que aquellos que persistieron con el TDAH en la adultez mostraron dificultades significativas con baja tolerancia a la frustración, la impaciencia, la irritabilidad, el temperamento fuerte y la excitabilidad emocional en comparación con el grupo control.

Finalmente, la DE no se da exclusivamente en el TDAH. Está presente en otras condiciones de enfermedad mental y, aunque no está establecido como un síntoma nuclear del TDAH en el DSM 5, presenta un reconocimiento a través de la historia del TDAH (Shaw et al., 2014).

El TDAH, como trastorno del neurodesarrollo, disfunciona áreas del Sistema Nervioso Central donde, además, se ubican zonas que involucran la gestión de las emociones y determinan su regulación. A continuación, se desarrollan los aspectos implicados a nivel neurobiológico en el TDAH y la DE.

Desregulación emocional y aspectos neurobiológicos del TDAH

El TDAH constituye un trastorno del neurodesarrollo. Esto implica que hay un retraso madurativo en ciertas áreas del Sistema Nervioso Central, algunas de estas relacionadas con la capacidad del individuo de autorregularse e inhibir sus emociones.

Ese retraso madurativo ya ha sido ampliamente documentado por autores. El más representativo, Philip Shaw, citado por Barkley (2011) se refiere a las estructuras del cerebro con TDAH:

el desarrollo de estas estructuras cerebrales sufre un retraso de 2 a 3 años, pero pueden llegar a normalizarse a mediados y a finales de la adolescencia. De todas maneras, aunque la estructura cerebral aparentemente llega a normalizarse, la activación del cerebro mantiene un retraso. Es decir, que sigue habiendo diferencias en la actividad cerebral hasta bien entrada la edad adulta, aunque el tamaño del cerebro deja de ser una característica del trastorno (p.16).

Algunas partes del cerebro de los individuos con TDAH se desarrolla de 3% a 10% más pequeño que del resto de la población y, en relación a su funcionamiento, este estará reducido de un 10% a 25%; estas áreas son: (a) la corteza orbital prefrontal, en especial, el lado derecho del hemisferio; (b) los ganglios basales en la zona central del cerebro, específicamente el estriado; (c) el cerebelo en la parte posterior del cerebro, enfáticamente, la zona central, llamada la vermis; (d) la cingulada anterior, que es la estructura en la línea media de la corteza frontal, es menos activa; (e) el cuerpo calloso, que es el cuerpo de fibras, que conecta los hemisferios y permite la comunicación entre ambos.

El cerebro funciona en redes a gran escala, que se conectan entre ellas y desarrollan patrones de maduración. Sin embargo, en el caso de los individuos con TDAH, presentan un retraso madurativo. Lo anterior se evidenció en una muestra de individuos con el trastorno entre los 7 y los 21 años (Sripada, Kessler & Angstadt, 2014).

Las áreas del cerebro, que involucran al TDAH, también guardan relación con la gestión y la regulación de las emociones. Shaw et al. (2014) afirman la existencia de una asociación entre la DE con el funcionamiento de la neuroanatomía cerebral.

Barkley (2011) lo detalla de la siguiente manera: hay un recorrido desde el dorso-lateral del lóbulo frontal hasta la cíngula anterior y luego hasta la amígdala; en este circuito, los pensamientos afectan los sentimientos y la mente puede evaluar lo que sucede, analizar opciones, inhibir sus emociones y pensar antes de actuar sobre lo que le conviene y es más aceptado ante una situación particular. Sin embargo, en el cerebro del individuo con TDAH, este circuito sufre interferencias, disminuye la coordinación interna y no funciona como en los demás.

Una de las áreas interferidas y de vital importancia es la amígdala. Brown (2014) la describe como la zona vinculada con casi todas las demás regiones de la corteza cerebral, que permite una evaluación emocional instantánea, sea positiva o negativa, de lo que el individuo percibe en el momento.

Cuando estas disfunciones sufren un deterioro importante que compromete la calidad de vida y las relaciones del individuo, el tratamiento psicofarmacológico podrá ser una opción dentro de un tratamiento multimodal que se ofrece para el abordaje de este trastorno, porque le permitirá mitigar los síntomas nucleares, pero ayudará con la DE.

A partir de dicha perspectiva, Shaw et al. (2014) mencionan dos estudios aleatorizados controlados con placebo en niños con TDAH. Reportan que los psicoestimulantes reducen la labilidad emocional e irritabilidad y, en el caso de los adultos, varios estudios han encontrado que los efectos beneficiosos de los psicoestimulantes en la DE fueron paralelos a la mejora también observada en la hiperactividad y la impulsividad. Finalmente, estos autores concluyen que, según la literatura actual analizada, encontraron que la mejoría de los síntomas de la DE está vinculada al tratamiento con psicoestimulantes; por lo tanto, debería ser considerada como recurso de primera línea.

Además, Brown (2014), en su investigación, indica la presencia de estudios que muestran que los psicoestimulantes pueden ayudar no solo a la habilidad de los niños con TDAH para utilizar su memoria de trabajo y aplicarlo con recompensas a posteriori, sino también influye en la expresión emocional.

De acuerdo con estos dos últimos autores, habrá individuos con niveles leves de TDAH en donde su autorregulación emocional se adapte con las situaciones que el individuo se enfrente y no sea necesaria la medicación. Pero, existirá otra población en que la DE constituye una disfunción que afecta significativamente las relaciones del individuo con su entorno y consigo mismo, por lo que la medicación podrá ser parte del tratamiento multimodal de acuerdo con el clínico tratante.

Finalmente, queda claro que hay un componente neurobiológico que afecta al área de la regulación emocional en los individuos con TDAH y, como dicen Skirrow et al. (2009) en la revisión de estudios que realizan, estos sugieren que, aunque los individuos con TDAH entienden y son conscientes de la necesidad de regular su comportamiento emocional, tienen dificultad en lograrlo.

Ahora bien, no solo el aspecto neurobiológico se ve involucrado, sino también procesos cognitivos, que demandarán al individuo, en general, una capacidad resolutoria en su vida diaria para guiarse a sí mismo; es decir, emplear sus funciones ejecutivas.

Parte de la intervención en el TDAH, es brindar herramientas para el manejo de sus funciones ejecutivas y procurar su adaptación a la vida cotidiana. La DE en el TDAH guarda relación con las funciones ejecutivas, pues una de sus áreas constituye la regulación y la gestión de las emociones.

La autorregulación emocional y las funciones ejecutivas

La autorregulación emocional forma parte del manejo de las funciones ejecutivas (FE). Barkley (2011) las definió como una acción dirigida hacia uno mismo, una forma de autocontrol, que permite poner en marcha la secuencia de sus actos en la mente para la consecución y el logro de metas. Otro autor, que profundiza en este tema, Brown (2014) establece seis FE en el ser humano, las cuales interactúan entre ellas: (a) organización, priorización y activación al trabajo; (b) focalización y sostenimiento en la tarea; (c) vigilancia, esfuerzo de mantenimiento y velocidad de procesamiento; (d) uso de la memoria de trabajo; (e) autorregulación y monitoreo; y f) manejo de la frustración y modular las emociones.

El manejo de la frustración y modular las emociones se podrá explicar a partir de la habilidad del individuo para dirigir su atención hacia sí mismo, crear una imagen visual (memoria de trabajo no verbal) y también dirigir el habla hacia sí mismo al desarrollar una voz interior (memoria de trabajo verbal). Esto le permite crear emociones secundarias que le pueden ayudar a regular las emociones primarias, crear nuevas formas de responder al entorno y a la resolución de problemas (Barkley, 2011).

Dodson y Tuckman (2016) también se refieren a este déficit en la memoria de trabajo, que aumenta la emoción de forma momentánea y limitan al cerebro en sus respuestas adaptativas. Brown (2014) lo describe como una metáfora. Describe que las emociones son momentáneas en individuos con TDAH y cubren toda su mente como un virus que abarca el disco duro y desplaza otros sentimientos y pensamientos de importancia; impide considerar otras opciones de conductas y respuesta ante las circunstancias. Esto sucede con las emociones primarias como el enojo, la frustración, el entusiasmo, el desánimo y el aburrimiento. Por ello, al fallar la memoria de trabajo, también lo hace la capacidad del individuo de mantener una visión más amplia de la situación y de las emociones involucradas.

Hoy, las personas se enfrentan a altos niveles de estrés y exigencias sociales. Unos tendrán más recursos y habilidades intrapersonales e interpersonales que otros para lidiar con estas demandas, las cuales exponen al ser humano a experimentar emociones exacerbadas. Cuando estas emociones, además de momentáneas, pasan a ser frecuentes, someten, en el caso los individuos con TDAH, a una mayor vulnerabilidad, más aún cuando estas son negativas (enojo e irritabilidad, por ejemplo). Todo ello afecta su entorno familiar, laboral y círculo social.

Resulta meritorio destacar que las emociones, además de su valor catártico y comunicativo, permiten al individuo reaccionar ante ella y autorregularse para lograr sus objetivos (Barkley, 2014).

Las emociones forman parte del ser humano. Así, el individuo con TDAH debe manejarlas como parte de su vida diaria. La función ejecutiva se relaciona con la acción que permite al individuo monitorearse y regular sus propias acciones. Pero, en el TDAH, esta falla es la causa de que sea más impulsivo en su pensar y hacer, así que concluye muy rápido en la situación presentada.

Por lo general, los individuos utilizan una especie de coladero que les permite filtrar sus experiencias, sentimientos y pensamientos, pasan lo que es aceptado y dejan de lado lo que no les sirve a sus

objetivos para solucionar un conflicto o salir de él; los individuos con TDAH vacían y pasan todo, no filtran y se exponen socialmente a la censura y mirada de los otros. La impulsividad emocional los bloquea, hay una visión de túnel, no es capaz de mirar a su alrededor, pierde la perspectiva de lo que sucede, disminuye la capacidad de darse cuenta de lo que sienten los otros. Además, si está molesto, irritado o incómodo, baja la posibilidad de adecuar y /o cambiar la situación.

Todo este contexto, en relación con la capacidad ejecutiva de automonitorearse y regular las propias acciones, enfrenta al individuo con TDAH a lo que autores llaman *Rejection-Sensitive Dysphoria*. Dodson y Tuckman (2016) explican que cuando el individuo con TDAH está sumergido en una sola emoción sin salida y no puede cambiar de foco a otra situación alterna no es capaz de mirar otras alternativas. Lo anterior sucede en las relaciones interpersonales, donde pueden darse malas interpretaciones y salir herido emocionalmente. Por lo tanto, estas personas son más sensibles al rechazo, a las burlas, a las críticas o sentir que han fallado en estas relaciones. En este caso, una disforia de sensibilidad al rechazo es difícil de conllevar o soportar.

Otra autora, Garland (2014), explica que la autorregulación emocional es la habilidad de responder a las demandas con un nivel de emoción que sea socialmente tolerable y flexible para que le permita reaccionar espontáneamente. Al mismo tiempo, que le posibilite tener la habilidad de retrasar y/o detener las reacciones que necesite.

No obstante, cuando el individuo posee este trastorno que limita sus FE sustancialmente, habrá condiciones que exponen más a la DE en el TDAH. Primero, cuando alguno de los padres tiene TDAH, se recomienda el manejo de las emociones de ellos mismos y hacia sus hijos para fortalecer las competencias de los padres para el avance de su hijo. Segundo, en un TDAH combinado o predominantemente hiperactivo-impulsivo, pues la deficiente inhibición de impulsos promueve la cronicidad del trastorno.

Este segundo aspecto se evidencia en un estudio realizado por García et al. (2014), sobre las alteraciones del funcionamiento ejecutivo de acuerdo con los subtipos de TDAH, en las subescalas evaluadas de inhibición, cambio y control emocional. Los grupos que presentan mayores dificultades en estas áreas son los de predominio hiperactivo/impulsivo y combinado.

Finalmente, un tercer aspecto que expone más a la DE en el TDAH se relaciona cuando los síntomas de este persisten en la vida adulta en un nivel de moderado a severo. A continuación, se presentan dos estudios que respaldan este tercer factor.

Barkley (2011) en su estudio de Milwaukee realiza un análisis longitudinal de 158 niños entre 4 y 11 años diagnosticados con TDAH con predominio hiperactivo. En su mayoría, se trata de niños (nacido entre 1978-1980), versus un grupo control de 81 niños (de los mismos barrios, colegios y clases sociales) que se reevaluaron a los 15, 21 y 27 años de edad. El autor concluye que los individuos con TDAH persistente, en la edad adulta, evidenciaban mayores dificultades en regular las emociones que el grupo no TDAH no persistente y el grupo control.

Shaw et al. (2014) compararon 80 adultos con TDAH en remisión y 55 adultos con TDAH persistente. Este último grupo presentó 42% de DE en comparación a un 23% con el grupo en remisión.

Los individuos con TDAH persistente en la adultez tendrán una mayor exigencia de autocontrol y empleo de estrategias para manejar sus funciones ejecutivas. La expresión impulsiva de algunas emociones como el sentido del humor y la efusividad no generará mayor dificultad en sus relaciones. No obstante, otras como la impulsividad, la intolerancia, la irritabilidad y el fácil enojo pueden presentar una afectación en la relación con los demás. Por este motivo, la preparación inicia desde edades tempranas. Los padres apoyan y guían al niño y el adolescente para las exigencias de la vida diaria. Con ello se pretende que, en la adultez, por sí solo pueda asumir de forma eficiente sus metas y relaciones con los otros. Las metas trascienden la formación académica. Se requiere que el individuo establezca una adecuada relación en un centro de trabajo, resolver conflictos y mantener sanas relaciones interpersonales.

Por lo anterior, la DE es un elemento clínico por tomar en cuenta en el diagnóstico del TDAH, su lectura y análisis desde las FE, porque permitirá una mejor comprensión de la vivencia cotidiana de esta población. Ahora bien, la DE, se presenta en otros trastornos y padecimientos mentales, por lo que poder diferenciar sus componentes específicos en el TDAH ayudará no solo en el diagnóstico diferencial, sino también en el abordaje multimodal en este trastorno.

Algunas consideraciones para el diagnóstico diferencial y abordaje multimodal

Actualmente, el DSM 5 establece en su diagnóstico para el TDAH la posibilidad de consignar una remisión de los síntomas en tanto que no estén presentes en la etapa adulta o que los síntomas residuales no generen alguna disfunción importante en su vida diaria. Los casos en remisión son muy poco captados en la práctica clínica, ya sea porque el diagnóstico se realizó a temprana edad, se intervino y evolucionó favorablemente y/o porque el individuo ha tenido habilidades intrapersonales y de resiliencia para adaptar y manejar sus síntomas en la adultez. No obstante, este trastorno, en algunos casos, puede tener una condición crónica, que se facilita por factores de riesgo.

El paciente que consulta, por lo general, no lo hace porque sospeche que tiene TDAH, pues muchos de ellos llegan a la edad adulta sin ser diagnosticados. En su lugar, se presentan por problemas de pareja, dificultades laborales, consumo de drogas, autodenominación como “explosivos”, incapacidad por “controlarse” o síntomas asociados a otros trastornos como depresión o ansiedad. De ahí, la importancia de que en la observación clínica se tomen en cuenta estos aspectos para saber cuándo estamos ante un caso de TDAH.

Hervás et al. (2016) plantean que es esencial establecer un diagnóstico diferencial de las comorbilidades relacionadas con el TDAH, pues dos terceras partes de los pacientes con TDAH presentan algún tipo de estas a lo largo de la vida.

Algunas de estas comorbilidades pueden presentar DE, igual que el TDAH, tal como el Trastorno Negativista Desafiante, en adelante TND y los Trastornos Anímicos, que se designarán como TA. Mas (2009) refiere que para el TND existe una comorbilidad con el TDAH alrededor del 40% y en los Trastornos Anímicos del 30%.

En relación con estos trastornos, Miranda, Berenguer, Colomer y Roselló (2014), en su estudio sobre la influencia de los síntomas del TDAH y los trastornos comórbidos, en específico, el TND y los Trastornos Anímicos en la vida cotidiana del adulto, concluyen que la presencia de ambos como comorbilidad afecta principalmente en el plano familiar y en conductas de riesgo (conducción temeraria,

conductas ilegales, abuso de sustancias y conductas sexuales inapropiadas), además del funcionamiento general del individuo.

Los individuos con estos trastornos podrían padecer, además, de DE. Puede que este sea comórbido con el TDAH o no. A continuación, se describe cómo se expresa la DE en estas condiciones.

El DSM 5 describe para el TND dos áreas: la DE y el conflicto social. Señala dentro de sus síntomas los siguientes: rabia, hostilidad, desafío, testarudez, con baja tolerancia a la frustración y con una resistencia a la autoridad padres y otras personas. También, la irritabilidad es una forma en que esa DE se manifiesta. Cuando el TND no es comórbido con el TDAH, esa irritabilidad en el TND se ve influida por la vulnerabilidad de los trastornos emocionales (estado de ánimo y ansiedad) y por vivencia de eventos negativos en la vida. Además, la irritabilidad en el TDAH está influida por los déficits en la respuesta inhibición de la frustración (es decir, baja tolerancia a la frustración) que está mediada por el córtex prefrontal (Eyre et al., 2017, Fischer, Barkley, Smallish, & Fletcher, 2005, citados por Faraone et al., 2019).

Cuando existe en comorbilidad con el TDAH, las emociones impulsivas, que surgen del aspecto hiperactivo-impulsivo del TDAH, tienen una relación estrecha y contribuyen con la impulsividad emocional presentada en el TND. Por lo tanto, en esta comorbilidad, la DE del individuo contendrá un componente biológico y el conflicto social tendrá una causa por aprendizaje familiar, crianza conflictiva e inconsistente entre los padres. Este último punto se agrava cuando alguno de los padres tiene TDAH o algún otro trastorno. Asimismo, esta comorbilidad hará más propenso al individuo con TDAH a padecer depresión grave y ansiedad en su vida adulta (Barkley, 2011).

Otro factor que contribuye a este componente social es un bajo nivel socioeconómico, niveles superiores de adversidad psicosocial y disfunción familiar (Mas, 2009).

En los Trastornos Anímicos, las emociones presentan diferencias en la forma de expresarse. Barkley (2014) plantea que las emociones en los individuos con TDAH son racionales, comprensibles, típicas, se provocan por una situación específica y son de corta duración. No obstante, se expresan de una manera más impulsiva, no se inhibe correctamente y hay dificultad para enfrentarlas de forma aceptable. Las emociones de los estados del ánimo, en cambio, son largas, no provocadas, incomprensibles, irracionales y lábiles. Barkley (2011) explica que la desregulación dentro del sistema límbico y la amígdala crea estos estados de ánimo que no están provocados necesariamente por una situación concreta.

Otro autor que aporta cómo se diferencia y se presenta la DE en el TDAH en comparación con los trastornos anímicos es Biederman (2018). Él explica que las deficiencias en la regulación de las emociones no necesariamente se expresan en un estado de ánimo extremo, pero sí implica una pobre capacidad de autorregulación del estado de ánimo. Los trastornos anímicos, en cambio, son episódicos y no provocados ante estímulos.

Por ejemplo, la irritabilidad presentada en los trastornos anímicos persiste en el tiempo (más de una semana) y está presente, la mayor parte del día, casi siempre con fluctuaciones en el nivel de energía. En cambio, la irritabilidad en un individuo con TDAH consiste en breves episodios de DE e impulsividad emocional (Faraone et al., 2019).

DESREGULACIÓN EMOCIONAL EN POBLACIÓN CON TDAH

El TDAH puede coexistir con otros trastornos de forma independiente. La impulsividad emocional y las dificultades para controlar las emociones forman parte del TDAH y no necesariamente se van a explicar por trastornos comórbidos (Barkley, 2011). Así lo evidenciaron también Vidal et al. (2014) en un estudio comparativo sobre la Labilidad Emocional (LE) entre población adulta con TDAH en un grupo clínico y otro de la comunidad. Este constructo lo caracterizan como la presencia de dificultad para manejar el enfado, el temperamento fuerte fácilmente alterado y la baja tolerancia a la frustración, tal cual se ha descrito para la DE. Los autores establecieron que existe mayor LE en los individuos con TDAH. Las altas puntuaciones son con o sin comorbilidad. Sin embargo, esta la potencia más. Finalmente, concluyen que la LE se relaciona con el TDAH y no se explica por la presencia de otros trastornos comórbidos.

Otro aspecto por considerar, específicamente para la población adulta con TDAH, consiste en que la DE es un factor de severidad en el TDAH, independientemente de que exista una comorbilidad, mientras que la presencia de otros trastornos mentales aumentan la intensidad de los síntomas de la DE (Corbisiero, Mørstedt, Bitto, & Stieglitz, 2017).

Estos planteamientos permiten visualizar la complejidad del TDAH como trastorno, así como la necesidad de un estudio clínico de observación e indagación para determinar o descartar la existencia de otras condiciones que pueden acompañar al TDAH, además de las planteadas en este apartado.

Asimismo, los problemas de atención e hiperactividad no son propios solo del TDAH, son síntomas asociados a otras condiciones y trastornos. Por lo tanto, el conocimiento de este trastorno por parte del clínico le permitirá indagar y constatar si el problema de atención e hiperactividad cumple los criterios para su diagnóstico como TDAH. Además, tomará en cuenta la regulación emocional como un criterio más por evaluar.

En la evaluación y el tratamiento de pacientes con TDAH es fundamental considerar que existen impedimentos que no necesariamente son ocasionados por los síntomas de inatención e hiperactividad. Richard-Lepouriel et al. (2016) argumentan que la desregulación emocional afecta la funcionalidad global y la calidad de vida del individuo, se empobrecen las relaciones interpersonales en el trabajo, en la vida social y en la familia, hay inestabilidad profesional, problemas financieros y una mayor tasa de divorcio en comparación con las demás población. También, tienen dificultad en el manejo del enojo, en especial, cuando conducen automóvil, lo cual constituye una conducta de riesgo.

En edades tempranas, los padres llegan debido a la preocupación por el rechazo que reciben sus hijos por parte de otros niños, la sobre-reacción de sus conductas en el hogar, el enojo y la irritabilidad. Todo ello puede ocasionar en los padres desborde emocional y llegar al límite de sus posibilidades, más aún cuando hay más de un hijo que tiene TDAH u otros trastornos.

El abordaje multimodal, que incluya el tratamiento psicológico, médico, psicopedagógico, educativo-escolar y el entrenamiento para habilidades para padres, integra las diferentes necesidades que tienen los individuos con TDAH en el transcurso del desarrollo evolutivo, aunque no necesariamente deben brindarse al mismo tiempo.

Asimismo, resulta preciso recordar que cada individuo con TDAH es particular y la expresión de este trastorno no va a ser igual en todos los individuos.

Vidal-Estrada, Bosch-Munso, Nogueira-Morais, Casas-Brigue y Ramos-Quiroga (2012) mencionan la Canadian ADHD Resource Alliance, la British Association for Psychopharmacology, la European Network Adult ADHD y el National Institute for Clinical Excellence como fuentes que recomiendan un tratamiento multimodal que incluya la terapia psicológica. Ramos-Quiroga et al. (2012), en una revisión sistemática que realizan en torno del tratamiento psicológico del TDAH en adultos, concluyen que la terapia cognitivo-conductual es el abordaje más eficaz para el tratamiento psicológico y de los síntomas comórbidos de ansiedad y depresión.

El individuo con TDAH será capaz de autocontrolarse cuando logre administrar su autorregulación emocional. Deberá enfrentar desafíos de mayor exigencia que otras personas. Barkley (2011) explica que en la vida diaria los individuos ante una emoción primaria provocada por una situación intentan calmarse, bajar la intensidad o redireccionar su atención para lograr mantener autocontrol emocional y moderar esa expresión de la emoción de una forma aceptable. En cambio, en el individuo con TDAH, estas emociones se presentan con mayor rapidez, son más intensas y difíciles de inhibirlas. Dentro de este mismo escenario, Garland (2014) describe que los individuos tendrán tres estrategias para controlar estas emociones negativas y convertirlas en positivas. Primero, las ocultarán y evitarán externarlas por un instante, pero si transcurre un tiempo mayor, puede causar dolor y afectación. Segundo, tener tolerancia. Se expresa la emoción dentro de un rango de control emocional. Se analizan las consecuencias de los actos para luego lograr recobrar la normalidad. Tercero, la reevaluación. Hay un pensamiento racional que transforma en positiva la situación. Esto reduce la intensidad de la emoción, la retrasa o la puede cambiar.

Los individuos con TDAH enfrentan un desafío mayor en la práctica de estas estrategias, pues se les dificulta ocultar las emociones, hay menos tolerancia para mantener un rango emocional sin desbordarse y las emociones primarias están expuestas, no se filtran. Por lo tanto, la impulsividad emocional limita la reevaluación de la situación. Estas dificultades serán mayores ante situaciones de estrés emocional, disminuye la funcionabilidad intrapersonal e interpersonal. Estas circunstancias pueden deberse a eventos de adaptación por cambios vitales, condiciones sociofamiliares, violencia, inestabilidad laboral o problemas con la pareja o los hijos.

Para lograr un autocontrol y regulación emocional se guía al paciente a identificar los eventos o las situaciones que afecten sus emociones. Barkley y Murphy (2009) proponen dos aspectos para el autocontrol de las emociones:

Primero, inhibir las reacciones emocionales fuertes ante los eventos. Para lograrlo, el individuo debe reconocer cuándo suceden las emociones primarias desagradables. La emoción primaria se entiende, según Barkley (2011), como aquella que inicia con una situación presentada, en donde el individuo presta atención a esta y evalúa si es amenazante o deseable para así determinar si se aleja o se acerca. El autor lo retoma del Modelo de la emoción de Gross.

Segundo, conductas autorregulatorias, suceden por consecuencia de la primera. El individuo puede bajar la intensidad de la emoción, alejarse del evento provocador, reenfocar la atención fuera del evento provocador, buscar otra expresión emocional diferente a la inicial que se adapte mejor a la situación presentada y, finalmente, puede rebatirla (Barkley & Murphy, 2009).

La prevención de conductas desadaptativas inicia desde que el diagnóstico se realiza a temprana edad. Esto permitirá un abordaje paralelo del niño y la familia. Cuando la intervención involucra niños y jóvenes, los padres se capacitan en habilidades y técnicas de regulación emocional para ayudar a sus hijos. El acompañamiento familiar en estas primeras etapas de la vida y del diagnóstico le permitirá al individuo con TDAH en su vida adulta poner en práctica lo aprendido en relación no solo con estrategias de organización, priorización, focalización, persistencia, manejo del tiempo y motivación, sino también de un manejo responsable de las emociones. Las personas con TDAH necesitan conocer su trastorno, comprender cómo influye en su vida diaria y así estar más preparados para el manejo de este dentro de su propia familia.

Dentro de abordaje multimodal, el paciente con TDAH puede recibir pautas cognitivo-conductuales para crear acciones reactivas que regulen su emoción en momento mismo en que sucede una situación adversa.

Barkley (2011) las describe de la siguiente manera:

- Desviar la atención para distraerse y buscar un punto focal diferente (otra persona, objeto, acción).
- Reevaluar la situación por medio de razonamientos para que disminuya la importancia del evento.
- Autocontrolar de forma física su impulso para evitar una reacción adversa.

También, se puede guiar al individuo a la adquisición de conductas proactivas ante estas mismas situaciones:

- Identificar las situaciones que provocan fuertes emociones y evitarlas (Barkley, 2011).

Estas situaciones pueden acontecer en el contexto familiar, laboral y social. En el caso de niños, orientar a los padres para que sean ellos quienes, en conjunto con sus hijos, logren estrategias de evitación de situaciones que les van a producir a ambos carga emocional.

- Modificar la situación para reducir el riesgo; por ejemplo, cambiar de asiento o sentarse al lado de un amigo para que existan menos posibilidades de provocar emociones conflictivas (Barkley, 2011).

El individuo, en general, busca la satisfacción y el bienestar. Posee a su favor un factor motivacional que lo impulsa a ejecutar sus metas. La automotivación permite rebatir una emoción primaria negativa que genera inercia en el individuo, la afronta y busca alternativas para sustituirla por otras más aceptables para su estado emocional y para los otros. No obstante, la persona con TDAH tiene disminuido este componente automotivacional, que resulta necesario para gestionar las emociones y activarse.

Brown (2014) indica que la falta de motivación es parte del manejo de las emociones en el TDAH. Esto se relaciona con la dificultad del individuo de iniciar y mantenerse en una tarea, porque se va a movilizar por el interés en actividades que ofrezcan una gratificación inmediata.

Por lo tanto, se puede considerar que esta falta de iniciar y mantenerse en la tarea se relaciona con las FE y limitan el espectro de posibilidades de que el individuo con TDAH pueda analizar una situación cotidiana para resolverla. Esto debilita la gestión de las emociones y lo expone a una mayor DE.

A continuación, se presentan algunas estrategias terapéuticas para guiar al individuo a la automotivación en aras de favorecer la autorregulación emocional, según Barkley (2011):

- Autodirigirse frases de eficacia en relación con conductas o situaciones concretas para que puedan realizarse. En el caso de niños y adolescentes, estas podrán ser redirigidas por sus padres.
- Brindarse recompensas a corto plazo que incentiven el cambio progresivo con metas a corto plazo.
- Procurar descansos en los eventos de alta carga emocional para manejar el estrés y la presión que puede llevar al individuo a situaciones límites.
- Guiar al paciente a que visualice sus objetivos y recompensas.
- Trabajar en situaciones hipotéticas para que el individuo ensaye su reacción ante dicho evento.
- Realizar ejercicio físico que le brinde bienestar y desahogo. Es recomendación básica para toda persona que tenga TDAH.

Propiciar herramientas y estrategias para que el individuo con TDAH maneje sus síntomas nucleares y que use adecuadas estrategias de organización, priorización, focalización, persistencia, manejo del tiempo y motivación. Esto compensará y ayudará en la regulación de las emociones y, por lo tanto, a una menor DE.

Discusión

A partir de la revisión teórica sobre la desregulación emocional en la población con TDAH, se considera que los autores coinciden en varios criterios. Primero, es una característica reconocida por la comunidad científica y debe ser considerada en su abordaje multimodal. Se entiende como las diferentes intervenciones multidisciplinares que tienen validez científica comprobada y que, además, el paciente con TDAH requiere de acuerdo con sus necesidades particulares. En el caso del TDAH, las intervenciones incluidas en esta modalidad son las psicológicas, las farmacológicas, las pedagógicas y la psicoeducación a padres. Existe evidencia científica de componentes neurobiológicos de la impulsividad emocional y del déficit en la autorregulación.

El segundo punto en que coinciden se refiere a que la regulación emocional forma parte de las funciones ejecutivas. Permite al ser humano no solo canalizar sus emociones, sino también organizar con eficacia la toma de decisiones, la resolución de conflictos, la flexibilidad y la creatividad de pensamiento. Es esencial brindar un acompañamiento para que el individuo explore sus alternativas, reflexione sobre las situaciones específicas que le producen inestabilidad emocional y/o las circunstancias que reactivan de forma instantánea sus emociones. Además, que cree panoramas alternos para cambiar sus emociones y busque por sí mismo sus soluciones.

Como tercer punto de coincidencia, se determina que, aunque existe variedad de términos para referirse a la gestión de las emociones en el TDAH, hay un consenso en la forma en cómo se presenta en la vida del individuo y su afectación; por ejemplo, en las relaciones interpersonales, en la gestión del conflicto, en solución de problemas, en la anticipación a las consecuencias, en la toma de decisiones y en

DESREGULACIÓN EMOCIONAL EN POBLACIÓN CON TDAH

la flexibilidad cognitiva. Lo anterior permite establecer que la presencia de estas disfunciones en áreas específicas no se explicarían con la dimensión tradicional de los síntomas del TDAH.

Asimismo, se considera como cuarta coincidencia que, si bien es cierto, hay un consenso sobre la presencia de la DE en el TDAH, en la transición hacia la etapa adulta este componente será más evidente bajo ciertas características presentadas, que lo exponen a una mayor vulnerabilidad derregulatoria, como en el caso de un TDAH combinado, o cuando hay comorbilidad, mayormente trastornos anímicos o si a lo largo de la vida este trastorno ha sido poco atendido o tardíamente diagnosticado.

Además de estos factores consensuados, es necesario que el clínico que diagnostica y atiende a la persona con TDAH, indague sobre la forma en que el individuo regula sus emociones y, si es un niño o adolescente, cómo la familia le enseña y le ayuda a quien posee este trastorno.

Otro aspecto relevante consiste en que la DE constituye una característica que forma parte del TDAH, junto con sus otros síntomas nucleares, así se ha plasmado en la literatura e investigaciones científicas. No obstante, la ausencia de este aspecto en los criterios diagnósticos de este trastorno, en el DSM 5, denotan una limitante que deberá ser resuelta en algún momento. No obstante, se han dado pasos importantes respecto a los cambios que el DSM 5 ha incorporado; por ejemplo, una mayor claridad e inclusión del TDAH en el adulto.

Adicionalmente, la DE, término que se ha ido perfeccionando y ahondando en el estudio del TDAH, sin lugar a duda, está forjando un camino más posicionado para seguir investigando al respecto. Un aporte sustancial del estudio de la DE a la comprensión del TDAH, es tener mayor claridad en relación con el abanico de posibilidades en relación con los trastornos comórbidos que pueda presentar. Entonces, si en el tratamiento se valora y se atiende la regulación emocional, esto permitirá también comprender y atender los otros trastornos y facilitará un adecuado diagnóstico diferencial.

Finalmente, considerar la dimensión de las emociones en el TDAH permite mejorar el diagnóstico y brindar una atención más integradora de las necesidades de estos individuos en el manejo de su TDAH a lo largo de la vida.

Referencias

- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2009). Deficient Emotional Self-Regulation in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): The Relative Contributions of Emotional Impulsiveness and ADHD Symptoms to Adaptive Impairments in Major Life Activities. *Journal of ADHD and Related Disorders*, 4 (1), 5-28.
- Barkley, R. A. (diciembre, 2011). *Importancia de la emociones en el TDAH*. Fundación MAPFRE y Fundación Educación Activa. Recuperado de <http://www.educacionactiva.com/doc/conferencia-7-importancia-emociones-tdah.pdf>
- Barkley, R. A. (enero, 2014). La Importancia de las Emociones. *XI Jornada sobre el Déficit de Atención e Hiperactividad. TDAH: Una Evidencia científica*. España. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=IC3X98SaLnU>

-
- Biederman, J. (Productor). (2018). *Regulation of Emotion vs. Emotions Themselves*. [Podcast]. APSARD. Recuperado de <https://apsard.org/education-training/podcasts/>
- Brown, T. E. (2014). *Smart but Stuck. Emotions in Teens and Adults with ADHD*. California, EE.UU.: Jossey-Bass.
- Corbisiero, S., Mørstedt, B., Bitto, H., & Stieglitz, R. (2017) Emotional Dysregulation in Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder—Validity, Predictability, Severity, and Comorbidity. *Journal of Clinical Psychology, Vol. 73*(1), 99–112. doi:10.1002/jclp.22317
- Dodson, W., & Tuckman, A. (2016). *15 Ways to Disarm (and Understand) Explosive ADHD Emotions*. From The ADHD Experts at ADDITUDE Strategies and Support for ADHD and LD. Recuperado de <http://assets.addgz4.com/pub/free-downloads/pdf/15-Ways-to-Disarm-Explosive-ADHD-Emotions.pdf>
- Faraone, S., Rostain, A., Blader, J., Busch, B., Childress, A., Connor, D., & Newcorn, J. (2019). Practitioner Review: Emotional dysregulation inattention-deficit/hyperactivity disorder – implications for clinical recognition and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 60*(2), 133–150. doi:10.1111/jcpp.12899
- García, T., González-Castro, P., Rodríguez-Pérez, C., Cueli, M., Álvarez -García D., & Álvarez, L. (2014) Alteraciones del funcionamiento ejecutivo en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y sus subtipos. *Psicología Educativa, 20*(1), 23-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pse.2014.05.003>
- Garland, T. (2014). *Self-regulation Interventions and Strategies: Keeping the Body, Mind and Emotions on Task in Children with Autism, ADHD or Sensory Disorder*. Wisconsin, EE.UU.: Pesi Publishing & Media.
- Hervás, E., De Santos, T., Quintero, J., Ruiz-Lázaro, P.M., Alda, J.A, Fernández-Jaén, A., & Ramos-Quiroga, J.A. (2016). Consenso Delphi sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): valoración por un panel de expertos. *Actas Esp Psiquiatr, 44*(6), 231-243.
- Kooij, J.J.S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I. ... Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of Adult ADHD. *European Psychiatry, 56*, 14–34. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
- Mas, C. (2009). Diagnóstico Diferencial en el TDAH. *Psicología Educativa, 15*(2), 77-85. doi:10.5093/ed2009v15n2a1.
- Miranda, A., Berenguer, C., Colomer, C., & Roselló, R. (2014) Influence of the symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and comorbid disorders on functioning in adulthood. *Psicothema, 26*(4), 471-476. doi:10.7334/psicothema2014.121
- Ramos-Quiroga, J. A., Chalita, P. J., Vidal, R., Bosch, R., Palomar, G., Prats, L., & Casas M. (2012). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención / hiperactividad en adultos. *Revista de Neurología, 54* (supl. 1), 105-115.
- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Strong, R. E., Hedges, D. W., Adler, L., Spencer, T. J. ... Poonam, S. (2005). Emotional Dysregulation in Adult ADHD and Response to Atomoxetine. *BIOL PSYCHIATRY, 58*, 125–131. doi:10.1016/j.biopsych.2005.04.040

DESREGULACIÓN EMOCIONAL EN POBLACIÓN CON TDAH

- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Olsen, J. L., Hall, C., Kondo, D., Williams, E. D., & Robinson, R. J. (2010). Emotional Dysregulation as a Core Feature of Adult ADHD: Its Relationship With Clinical Variables and Treatment Response in Two Methylphenidate Trials. *Journal of Affective Disorders*, 1(4), 53-64.
- Richard-Lepouriel, H., Etain, B., Hasler, R., Bellivier, F., Gard, S., Kahn, J. ... Henry, C. (2016). Similarities between emotional dysregulation in adults suffering from ADHD and bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 198, 230–236.
- Robinson, R. J., Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Kondo, D., Lyon, G. J., Olsen, J. ... Coon, H. (2009). The Use of Emotional Dysregulation as an Endophenotype for Genetic Studies in Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of ADHD and Related Disorders*, 1(4), 29-38.
- Rosen, P. J., & Epstein, J. N. (2010). A Pilot Study of Ecological Momentary Assessment of Emotions Dysregulation in Children. *Journal of ADHD and Related Disorders*, 1(4), 39-52.
- Rösler, M., Retz, W., Fischer, R., Ose, C., Alm, B., Deckert, J., Philipsen, A., Herpertz, S., & Ammer, R. (2010). Twenty-four-week treatment with extended release methylphenidate improves emotional symptoms in adult ADHD. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11, 709–718.
- Rostain, A. L. (2018). A Brief Overview of Emotional Dysregulation in ADHD. *New Perspectives on ADHD and Mood Dysregulation*. Symposium conducted at the American Professional Society of ADHD and Related Disorders (APSARD) Annual Meeting, Washington Marriott, Wardman Park, Washington, DC, USA.
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Reviews and Overviews. *Mechanisms of Psychiatric Illness*, 171(3), 276–293.
- Skirrow, C., McLoughlin, G., Kuntsi, J., & Asherson, P. (2009). Behavioral, neurocognitive and treatment overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and mood instability. *Expert Reviews* 9(4), 489-503.
- Sripada, C., Kessler, D. & Angstadt, M. (2014). Lag in maturation of the brain's intrinsic functional architecture in attention-deficit/ hyperactivity disorder. *PNAS*, 111(39), 14259–14264.
- Vidal-Estrada, R., Bosch-Munso, R., Nogueira-Morais, M., Casas-Brugue, M., & Ramos-Quiroga, J. (2012). Tratamiento psicológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: revisión sistemática. *CIBERSAM*, 40(3), 147-54. Recuperado de <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/14/77/ESP/14-77-ESP-147-154-796079.pdf>
- Vidal, R., Valero, S., Nogueira, M., Palomar, G., Corrales, M., Richarte, V. ... Ramos-Quiroga, J. A. (2014). La labilidad emocional: El valor discriminativo en el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en adultos. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1712–1719. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.07.001>

A. ALPÍZAR

Recibido: 24 de Septiembre de 2017

Revisión recibida: 13 de Agosto de 2018

Aceptado: 24 de Abril de 2019

Sobre la autora:

Alejandra Alpizar Velázquez es máster en Psicología Clínica Grupal. Cuenta con experiencia en el diagnóstico y el tratamiento de personas con TDAH. Se dedica a la capacitación de profesionales sobre esta condición y a la educación de afectados y sus familias. Ha participado como ponente en congresos nacionales sobre la temática del TDAH, además en una jornada, grupo de apoyo, talleres preventivos y redes sociales. Se ha desempeñado en docencia en la Universidad de Costa Rica, Universidad Fidélitas, Universidad Latina y Universidad Autónoma de Centro América en Costa Rica. Labora como psicóloga de atención primaria para el sistema público de salud costarricense desde hace 10 años. Es miembro cofundador de la Asociación Costarricense de Psicología y Psicoterapia Grupal.

Publicado en línea: 28 de junio de 2019