

ESLLY00090

pas TDAH en el paciente adulto

Patrocinado por



*De la práctica  
centrada en  
la enfermedad  
a la atención  
centrada en  
las personas*

pautas de actuación y seguimiento

# TDAH en el paciente adulto



Actividad  
acreditada con  
**2,9 créditos**





*De la práctica  
centrada en  
la enfermedad  
a la atención  
centrada en  
las personas*

**pautas de actuación y seguimiento**

# TDAH en el paciente adulto

---

## **Coordinador General:**

**Dr. Jesús Lozano Olivares**  
*Director de la Fundación para  
la Formación del Consejo General  
de Colegios Oficiales de Médicos*

## **Coordinador Científico:**

**Dr. Miguel Casas Brugué**  
*Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría.  
Hospital Universitario Vall d'Hebron.  
Catedrático de Psiquiatría. Universidad  
Autónoma de Barcelona*

## **Autores:**

**Dr. Enric Aragonès Benaiges**  
*Médico de Familia. Centro de Atención Primaria  
de Constantí, Tarragona. Institut Universitari  
d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol,  
Barcelona*

**Dr. Miguel Casas Brugué**  
*Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital  
Universitario Vall d'Hebron. Catedrático de Psiquiatría.  
Universidad Autónoma de Barcelona*

**Dr. Javier Quintero Gutiérrez del Álamo**  
*Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría.  
Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario  
Infanta Leonor. Profesor Asociado. Departamento de  
Psiquiatría. Univ. Complutense de Madrid*

**Dr. Josep Antoni Ramos-Quiroga**  
*Psiquiatra. Coordinador del Programa TDAH.  
Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona*

**Dr. Néstor Szerman Bolotner**  
*Psiquiatra. Jefe de Servicio Salud Mental Retiro.  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón,  
Madrid*

**Dra. Raquel Vidal Estrada**  
*Psicóloga Clínica del Programa de TDAH de Adultos.  
Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona*

---

## Test de evaluación para acreditación

Para realizar el test de evaluación y optar al diploma acreditativo deberá dirigirse al Campus Virtual de la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial, web:

<http://formacion.ffomc.org>



©  
Cedaceros, 10  
28014 Madrid  
Tel.: 91 426 06 41. Fax: 91 426 06 40  
[www.ffomc.org](http://www.ffomc.org)



©  
Alberto Alcocer, 13, 1.º D  
28036 Madrid  
Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73  
[www.imc-sa.es](http://www.imc-sa.es) • [imc@imc-sa.es](mailto:imc@imc-sa.es)

Ni el propietario del copyright, ni los patrocinadores, ni las entidades que avalan esta obra, pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ISBN: 978-84-7867-320-9  
Depósito Legal: M-23040-2015

# Sumario

<b>Prólogo</b>	<b>5</b>
<b>Introducción</b> <i>Dr. Miguel Casas Brugué</i>	<b>7</b>
<b>1. Cómo reconocer el TDAH</b> <i>Dr. Javier Quintero Gutiérrez del Álamo</i>	<b>13</b>
<b>2. TDAH en la vida cotidiana del adulto</b> <i>Dr. Miguel Casas Brugué</i>	<b>27</b>
<b>3. TDAH y patología dual</b> <i>Dr. Néstor Szerman Bolotner</i>	<b>35</b>
<b>4. Tratamiento del TDAH en el adulto</b> <i>Dr. Josep Antoni Ramos-Quiroga</i>	<b>43</b>
<b>5. Tratamientos psicológicos</b> <i>Dra. Raquel Vidal Estrada</i>	<b>49</b>
<b>6. Psicoeducación del TDAH</b> <i>Dra. Raquel Vidal Estrada, Dr. Josep Antoni Ramos-Quiroga</i>	<b>53</b>
<b>7. El TDAH en adultos en Atención Primaria</b> <i>Dr. Enric Aragonès Benaiges</i>	<b>59</b>
<b>Test de evaluación para acreditación</b>	<b>71</b>



# Prólogo

En el año 2002, la Organización Médica Colegial (OMC), con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo, puso en marcha un singular proyecto de información y formación activa a los profesionales sanitarios a través de las Guías de Buena Práctica Clínica, dirigidas fundamentalmente a los médicos de Atención Primaria, y las Guías de Evidencia, dirigidas a los profesionales de Atención Especializada.

Durante más de 10 años se han puesto a disposición de los profesionales sanitarios casi un centenar de estas guías, abarcando la práctica totalidad de las áreas clínicas y de los diagnósticos más prevalentes en los diferentes niveles asistenciales.

En este año 2015, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM) y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) continúan la colaboración, encaminada a proporcionar a los profesionales sanitarios documentos de ayuda a la toma de decisiones a través de las **pautas de actuación** y **seguimiento (pas)**, serie de publicaciones sucesivas y complementarias, cuya finalidad es impulsar el paso de una práctica centrada en la enfermedad a la atención centrada en el enfermo, la cual tiene en cuenta no solo la consulta, sino también la continuidad de la asistencia y el seguimiento del paciente.

El programa de publicaciones **pas**, coordinado por la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial (FFOMC), está dirigido tanto a los profesionales de Atención Primaria como a los profesionales de Atención Especializada, y constituirá una herramienta de formación médica acreditada, accesible desde el campus virtual de la FFOMC, a través de la cual los profesionales actualizarán su conocimiento científico.

Los contenidos científicos serán elaborados por expertos en cada materia, a partir de la mejor información útil disponible en la bibliografía actual, siguiendo de manera rigurosa la metodología de revisión crítica de literatura científica y, al mismo tiempo, se redactarán de forma sencilla, práctica y didáctica, con objeto de cumplir su doble misión, informativa y formativa.

Por último, y como elemento diferencial de esta serie, se introducen elementos clínico-deontológicos que permitirán al profesional médico tener como constante asistencial los criterios éticos que deben estar presentes siempre en su práctica diaria.

Tanto para el CGCOM como para el MSSSI supone una gran satisfacción el desarrollo de estas publicaciones, que esperamos sean de gran utilidad para la mejora de la atención a los pacientes.

**D. Juan José Rodríguez Sendín**  
*Presidente FFOMC*

**D. José Javier Castrodeza Sanz**  
*Director General de Salud Pública,  
Calidad e Innovación (MSSSI)*

# Introducción

## Dr. Miguel Casas Brugué

*Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron.*

*Catedrático de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona*

Los procesos cognitivos superiores caracterizan al *Homo sapiens sapiens* y le diferencian cualitativamente del resto de homínidos, constituyendo la base del pensamiento, de la personalidad y de la creatividad de nuestra especie, mientras posibilitan la aparición, mantenimiento y evolución de la conciencia de ser individuos independientes, singulares y autónomos. Los procesos cognitivos superiores precisan, para su correcto funcionamiento, de las denominadas “funciones psíquicas básicas” –nivel de conciencia, atención, concentración, abstracción, orientación, estado de ánimo y psicomotricidad– funciones, asimismo, necesarias para el correcto desarrollo de los procesos de aprendizaje y para la adquisición de las habilidades sociales de las que dependen tanto la salud física como la salud mental del ser humano y, como consecuencia, la calidad de vida y el progreso global de nuestra especie<sup>(1)</sup>.

Cuando las funciones psíquicas básicas sufren algún tipo de alteración en el transcurso del desarrollo infanto-juvenil, se generan una serie de disfunciones cognitivas y conductuales que acostumbran a repercutir muy severamente en la evolución psicoorgánica del niño y del adolescente, interfiriendo en los normales procesos madurativos y de aprendizaje característicos de esta etapa evolutiva del individuo y dando lugar, posteriormente, a importantes déficits y alteraciones psicopatológicas en la vida adulta que, a su vez, podrán convertirse en importantes factores de vulnerabilidad individual para propiciar la aparición de graves problemas personales, relacionales y de integración social<sup>(1, 2)</sup>.

Actualmente, se considera que este conjunto de disfunciones cognitivas y conductuales pueden agruparse dentro de un amplio epígrafe denominado “trastornos del neuro-psico-desarrollo”, que agrupa a un variado grupo de alteraciones que comprenden diversos síndromes de expresión clínica dimensional y evolución crónica que, iniciándose en la infancia, se prolongan a lo largo de toda la vida adulta, siendo, en la adolescencia, los principales responsables del fracaso escolar y académico, de los consumos de drogas legales e ilegales, de la impulsividad patológica

y de la mayoría de los procesos de desadaptación y marginación social de etiología no psicótica<sup>(3)</sup>.

Entre estos diversos trastornos del neuro-psico-desarrollo, tienen especial relevancia, por su impacto y repercusión social, los que afectan a la atención, la concentración y la abstracción, y, de entre estos, destaca, por su elevada incidencia y prevalencia, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)<sup>(2)</sup>.

El TDAH es uno de las entidades nosológicas psiquiátricas más frecuentemente diagnosticadas en la infancia (aproximadamente entre un 5 y un 8% de la población infantil y juvenil) y con cada vez mayor relevancia en la psiquiatría del paciente adulto (aproximadamente entre un 3 y un 5% en población general de más de 18 años), cifras que se mantienen estables entre poblaciones socioculturalmente diversas, lo que lo convierte en el cuarto trastorno psíquico más prevalente en la especie humana<sup>(1)</sup>.

El TDAH es un trastorno de base neuro-psico-biológica, que se caracteriza por un desarrollo crónico e inapropiado de diferentes grados de inatención, de impulsividad y de hiperactividad, con síntomas que se inician durante la infancia y pueden persistir durante toda la vida, provocando, si presenta una evolución comórbida con otros trastornos psíquicos, principalmente trastornos de conducta, problemas y disfunciones en la mayoría de las esferas vitales del individuo afectado, interfiriendo negativamente en sus procesos madurativos y de aprendizaje, dificultando su adaptación familiar y social y abocándolo a las conductas adictivas, a la marginalidad y a la delincuencia<sup>(4)</sup>.

En el transcurso de los años, el concepto del TDAH ha ido cambiando, desde un diagnóstico relativamente simplista a uno que incluye alteraciones crónicas en funciones críticas para la activación, la integración y la organización de la actividad mental<sup>(1)</sup>. Las primeras hipótesis sobre la etiopatogenia del TDAH se basaron en la existencia de un posible daño cerebral (*Minimal Brain Dysfunction*) producido por lesiones durante el parto (hipoxia) o una encefalopatía prenatal. Los signos neurológicos que en muchas ocasiones presentaban estos pacientes, así como la observación de hiperactividad en individuos intoxicados por plomo, apoyaban estas teorías<sup>(5)</sup>.

No se ha podido describir un único factor causal para el TDAH, por lo que, como en otras enfermedades médicas y psiquiátricas, su presentación parece estar condicionada por múltiples genes interactuando con factores medioambientales, siguiendo las recientes propuestas de la moderna epigenética. Por ello, actualmente se considera al TDAH como un trastorno de origen multifactorial, donde

juegan un papel importante tanto los factores genéticos (entre un 70 y un 80%), como los ambientales (entre un 20 y un 30%)(6, 7).

Progresivamente, diversos factores biológicos se han venido relacionando con la aparición del trastorno, como la contaminación por plomo, el consumo de alcohol y nicotina durante el embarazo, la mala salud de la madre o complicaciones del parto y del embarazo, los niveles maternos elevados de fenilalanina, etc.(8, 9). Simultáneamente, también factores de riesgo relacionados con eventos adversos a nivel familiar o social o la exposición a episodios de violencia durante la infancia están siendo identificados.

Es preciso, sin embargo, resaltar el hecho de que ninguno de los factores antes expuestos ha sido definitivamente comprobado, estando todos sometidos a una amplia controversia y siendo objeto de continuas investigaciones comprobatorias. Por el contrario, otros factores que se habían propuesto en el pasado, como la dieta, el consumo excesivo de azúcar o los aditivos alimentarios, no se han sustentado a través de estudios sistemáticos.

El TDAH, tanto en la infancia como en la edad adulta, se caracteriza por una amplia serie de trastornos de la atención, de la motricidad y de la impulsividad, fácilmente identificables si el clínico repara en ellos, filiándolos con esta patología. Los criterios diagnósticos están bien establecidos, existen buenos instrumentos de medida y los tratamientos multimodales actuales, farmacológicos, psicoterapéuticos y psicopedagógicos son muy efectivos(10).

El principal obstáculo actual para el reconocimiento y, por lo tanto, para el correcto diagnóstico y tratamiento del TDAH en el adulto radica, precisamente, en la habitual incapacidad del psiquiatra de adultos y del psicólogo clínico para identificar o aceptar su existencia(11). Pacientes, familias afectadas, profesionales de la docencia y de la sanidad y una gran parte de la opinión pública contemplan, con gran perplejidad, un fenómeno prácticamente único e inédito en la psiquiatría actual, por no decir en toda la medicina contemporánea, como es la polémica negación sistemática, por parte de diversos colectivos sanitarios y docentes, del trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. Sorprendentemente, esta negación se realiza en contra de los numerosísimos argumentos científicos a favor, contrastados y replicados en reconocidas revistas especializadas de ámbito nacional e internacional(12).

Cuando se intentan dilucidar las razones que pueden explicar el rechazo al diagnóstico de TDAH en el adulto, habitualmente se responsabiliza a la clara oposición de determinadas escuelas psicológicas y psiquiátricas o a las creencias científicas

de determinados colectivos sociales, que han dificultado su posterior aceptación en el adulto. Sin embargo, aun siendo correctas estas explicaciones, es más apropiado no buscar culpables externos y aceptar que los principales responsables de la falta de reconocimiento del TDAH en el adulto son, en primer lugar, la propia psiquiatría general y, en segundo lugar, las peculiares características clínicas, muy atípicas, que presenta el TDAH a lo largo de la vida<sup>(10)</sup>.

La psiquiatría general es parcialmente responsable del gran retraso en abordar de una forma objetiva el TDAH en el adulto, debido a su prolongada reticencia a aceptar este diagnóstico, a pesar de estar ya incluido en el DSM-III-R (1987), en el contexto del generalizado “rechazo” de la psiquiatría de adultos a todo trastorno no psicótico que curse con alteraciones de conducta, impulsividad, agresividad y consumo de sustancias. Sin embargo, probablemente, la mayor responsabilidad hay que atribuirla a las peculiares características patoplásticas del propio TDAH en el adulto, únicas entre todas las patologías psiquiátricas, en cuanto a que es un trastorno que modifica su sintomatología con la edad, dificultando el reconocimiento de sus principales signos patognomónicos en el adulto; a que como entidad clínica puede llegar a remitir o, incluso, desaparecer de forma espontánea al madurar el paciente, y a que sus característicos rasgos impulsivos pueden conducir al fracaso vital, a las adicciones y a la criminalidad o, todo lo contrario, puede propiciar la competitividad profesional, el éxito económico y un gran reconocimiento social. Todo ello acostumbra a desconcertar al propio paciente, a sus familiares, al clínico y a la sociedad en general, que tiende a confundir su grave psicopatología con un desarreglo moral o con conductas antisociales o psicopáticas, lo que provoca, finalmente, que los negadores de la existencia de esta patología se vean respaldados en su erróneo criterio<sup>(11)</sup>.

No existen actualmente hipótesis que puedan explicar de forma satisfactoria el proceso de disminución progresiva de la hipercesnia con la edad, principal signo identificativo del trastorno en la infancia, ni tampoco argumentar la sorprendente desaparición de síntomas, en prácticamente el 40% de niños afectados, cuando el paciente se acerca a la edad adulta. Sí parecen existir datos experimentales que permiten sostener que la diferencia entre un TDAH “constructivo”, es decir, que canaliza su impulsividad hacia procesos y acciones “normativas”, y un TDAH “destrutivo”, que propicia la marginalidad y la delincuencia en la edad adulta, radica en presentar precozmente trastornos de conducta comórbidos<sup>(13)</sup>.

La inequívoca aceptación del TDAH en el adulto en las principales clasificaciones psiquiátricas actuales (DSM-5 y CIE-11), la posibilidad de disponer de fármacos con efectividad clínica contrastada en este colectivo<sup>(14)</sup> y los grandes avances de las aproximaciones psicopedagógicas y psicoterapéuticas más objetivistas están propi-

ciando relevantes mejoras en el proceso de reconocimiento y tratamiento del TDAH a lo largo de la vida, y obliga a todos los profesionales que aceptan las evidencias científicas a intentar corregir la dolorosa incomprensión con que la sociedad en general, y la sanidad en particular, ha castigado, durante tantos años, a estos pacientes<sup>(15, 16)</sup>.

## Bibliografía

1. Barkley R. Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. The Guilford Press 2006.
2. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2005; 366(9481):237-48.
3. Vidal Estrada R, Casas Brugué M, Ramos-Quiroga JA. Manual de tratamiento cognitivo-conductual para adolescentes con TDAH y consumo de cannabis. Selene 2014.
4. Vidal Estrada R, Bosch-Munso R, Nogueira-Morais M, Casas Brugué M, Ramos-Quiroga JA. Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review. *Actas Esp Psiquiatr* 2012; 40(3):147-54.
5. Makris N, Buka SL, Biederman J, Papadimitriou GM, Hodge SM, Valera EM, et al. Attention and executive systems abnormalities in adults with childhood ADHD: A DT-MRI study of connections. *Cereb Cortex* 2008; 18(5):1.210-20.
6. Cortese S. The neurobiology and genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): what every clinician should know. *Eur J Paediatr Neurol* 2012; 16(5):422-33.
7. Franke B, Faraone SV, Asherson P, Buitelaar J, Bau CH, Ramos-Quiroga JA, et al. The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. *Mol Psychiatry* 2012; 17(10):960-87.
8. Langley K, Holmans PA, Van Den Bree MB, Thapar A. Effects of low birth weight, maternal smoking in pregnancy and social class on the phenotypic manifestation of attention deficit hyperactivity disorder and associated antisocial behaviour: investigation in a clinical sample. *BMC Psychiatry* 2007; 7:26.
9. Knopik VS. Maternal smoking during pregnancy and child outcomes: real or spurious effect? *Dev Neuropsychol* 2009; 34(1):1-36.
10. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas Brugué M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry* 2010; 10(67):10-67.
11. Ramos-Quiroga JA, Montoya A, Kutzelnigg A, Deberdt W, Sobanski E. Attention deficit hyperactivity disorder in the European adult population: prevalence, disease awareness, and treatment guidelines. *Curr Med Res Opin* 2013; 29(9):1.093-104.
12. Ramos-Quiroga JA, Nasillo V, Fernández-Aranda F, Casas M. Addressing the lack of studies in attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Expert Rev Neurother* 2014; 14(5):553-67.

13. Nogueira M, Bosch R, Valero S, Gómez-Barros N, Palomar G, Richarte V, et al. Early-age clinical and developmental features associated to Substance Use Disorders in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. *Compr Psychiatry* 2014; 55(3):639-49.
14. Castells X, Ramos-Quiroga JA, Bosch R, Nogueira M, Casas M. Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 15(6).
15. Ramos-Quiroga JA, Vidal R, Casas M. Toward a better understanding of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013 Feb; 52(2):119-20. DOI: 10.1016/j.jaac.2012.11.011.
16. Ramos-Quiroga JA, Bosch M, Casas M. Comprender el TDAH en adultos: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos. *Col El médico en casa. Amat* 2009; 157.

# Cómo reconocer el TDAH

## Dr. Javier Quintero Gutiérrez del Álamo

*Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría.*

*Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Infanta Leonor.*

*Profesor Asociado. Departamento de Psiquiatría. Univ. Complutense de Madrid*

Sabemos que el TDAH es una condición que afecta en torno al 5% (entre un 3 y un 8%) de los niños<sup>(1, 2)</sup>, y que, si bien debuta en la infancia, en un amplio porcentaje de los casos<sup>(3)</sup>, los síntomas y, lo que es más importante, la disfunción asociada a los mismos persisten en la edad adulta. En este sentido, los estudios epidemiológicos más rigurosos encuentran que alrededor de un 2-4% de los adultos podrían padecer un TDAH<sup>(4)</sup>. Estas cifras contrastan con las cifras de diagnóstico en nuestro entorno, donde el diagnóstico de TDAH en el adulto parece algo residual<sup>(5, 6)</sup>.

La primera clave para reconocer el TDAH en la edad adulta está en pensar en él como posibilidad diagnóstica ante determinados pacientes. En un reciente estudio realizado sobre 484 clínicos en España sobre la percepción del TDAH a lo largo de las diferentes etapas de la vida, se observó que los médicos tenían menos claro el diagnóstico de TDAH en la adulta, máxime si lo comparáramos con la infancia e incluso la adolescencia<sup>(7)</sup>. Por encima de los estudios epidemiológicos, análisis evolutivos o estudios diversos está el propio clínico, que enfrentado a su paciente ha de dar respuesta y explicación a sus síntomas, y habría de incluir esta condición dentro de su algoritmo de posibilidades del diagnóstico diferencial cuando determinados síntomas así lo sugieran.

Y ¿cuáles serían estos síntomas? Estamos hablando de la tríada clásica del TDAH: la presencia de síntomas de dificultades atencionales tanto para enfocar como sobre todo, para sostenerla (déficit de atención); un exceso cuantitativo, pero sobre todo cualitativo, de la actividad motora (hiperactividad), y un pobre control de los impulsos verbales y/o motores (impulsividad). Una de las cuestiones importantes a tener en cuenta es que estos síntomas no se presentan igual en todas las edades o etapas evolutivas y que la mayoría de las descripciones clínicas se han hecho sobre la clínica en la infancia. Así, por ejemplo, la hiperactividad en la edad adulta ya no se va a representar necesariamente como un exceso de actividad motora observable, sino más bien como una sensación de inquietud interna. En este sentido, estos cambios patoplásticos es fácil que confundan al clínico, y así, por ejemplo,

la sensación de inquietud antes mencionada es fácilmente confundida como de origen ansioso<sup>(8)</sup>.

Una de las características más relevantes del TDAH es que actúa como un factor de riesgo evolutivo, lo que explica la alta comorbilidad psiquiátrica que asocia, pero también cómo puede interferir en las dinámicas relacionales, personales y académico/laborales del sujeto que padece esta condición<sup>(9)</sup>. Son precisamente las comorbilidades asociadas al TDAH uno de los motivos más habituales por el que los pacientes tienden a consultar, con lo que, si no se realiza un correcto y amplio diagnóstico diferencial, tiende a pasar desapercibido y orientado el caso por el problema comórbido, pasando por alto el problema de base<sup>(10)</sup>.

Se debe recordar que el TDAH debuta durante la infancia, lo que no necesariamente implica un diagnóstico durante esta época de la vida. Es más, la mayoría de los adultos alcanzan esta etapa de la vida sin un diagnóstico formal, aunque es habitual la presencia en la historia del paciente de síntomas disfuncionales en la etapa escolar y/o la adolescencia. El DSM-5 ha ampliado hasta 12 años la edad de la presencia de los primeros síntomas, en un intento de ajustar más sus criterios diagnósticos a la realidad de los pacientes adultos. Es por esto que, ante la sospecha de un TDAH, una buena anamnesis, tanto de antecedentes como de desarrollo biográfico, es crucial para entender el inicio de los síntomas.

## Diagnóstico del TDAH

Hasta la fecha no se dispone de ninguna prueba específica para el diagnóstico del TDAH que aporte la suficiente sensibilidad y especificidad, por lo que podemos decir que el diagnóstico del TDAH es clínico, tanto en la infancia como en la adolescencia y también en la edad adulta. Si bien algunas pruebas complementarias van a ser de mucha utilidad tanto para el diagnóstico diferencial como para la planificación del tratamiento<sup>(11)</sup>. El diagnóstico del TDAH se basa en las clasificaciones diagnósticas mundialmente validadas, como son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y DSM, editado por la Asociación de Psiquiatría Americana. Es esta última, por su reciente actualización<sup>(12)</sup>, la que probablemente mejor recoge la evolución de las evidencias más recientes.

Precisamente una de las dificultades que históricamente se encuentran a la hora de diagnosticar el TDAH en el adulto ha sido que los criterios diagnósticos de las clasificaciones internacionalmente más utilizadas, tanto el DSM-IV como

de la CIE-10, han sido definidos pensando en la clínica durante la infancia, circunstancia que la nueva versión del DSM<sup>(12)</sup> ha tratado de solventar. En la tabla 1 se presenta una comparativa de los criterios diagnósticos de las dos últimas versiones del DSM, para poder comparar cuáles son sus diferencias. Se debe prestar atención a las notas aclaratorias o redacciones complementarias que ha incluido el DSM-5 para aclarar la presencia del síntoma en el adulto, así como la reducción del número de criterios diagnósticos presentes necesarios. Como se ha mencionado antes, se ha modificado la edad mínima de inicio de los síntomas, pasando de 7 a 12 años, y se han incluido cuatro síntomas adicionales, principalmente relacionados con la impulsividad.

- **Tiende a actuar sin pensar**, como empezar tareas antes de terminar de leer los enunciados o hablar sin medir las consecuencias.
- **Es habitualmente impaciente**, tolera mal esperar a otros o tiende a moverse más deprisa.
- **Se muestra incómodo haciendo las cosas lentas y sistemáticas.**
- **Le cuesta resistir las tentaciones u oportunidades**, incluso cuando conllevan un riesgo asociado.

Por último, destacar cómo los subtipos clínicos se han transformado en presentaciones actuales, y que se desdobra el subtipo inatento en función de los síntomas de hiperactividad/impulsividad que presenta, de manera que si presentan tres o más síntomas de hiperactividad, sería predominantemente inatento, y si son menos, inatento (restrictivo).

Si bien se ha resaltado que el diagnóstico del TDAH es clínico y basado en la anamnesis y exploración cuidadosa del paciente, se dispone en la actualidad de numerosos cuestionarios y escalas que pueden ser de utilidad para el clínico a la hora de aproximarse al diagnóstico. La mayoría de ellas están basadas en la evaluación de los síntomas del TDAH tanto en el momento presente como de manera retrospectiva. Para el objetivo de esta obra, tan solo vamos a destacar una escala de *screening*, la ASRS, v.1.1 (*Adult ADHD Self-Report Scales*), que ha sido desarrollada por la OMS. Tiene dos versiones, una de 18 ítems y otra de 6. Está traducida y validada al español, es fácil de usar y es de uso libre. No se trata de una escala diagnóstica, sino de un instrumento de *screening*, pero que se ha mostrado útil en las consultas de Atención Primaria<sup>(13, 14)</sup>.

**Tabla 1. Comparativa de los criterios diagnósticos de la DSM-IV TR y DSM-5****DSM-IV TR****Inatención****A. Si cumple (1) o (2):**

- (1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de inatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo:
  - a. No suele prestar suficiente atención a los detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares, el trabajo u otras actividades.
  - b. Suele tener dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego.
  - c. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
  - d. No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, deberes o tareas laborales (no se debe a un comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
  - e. Suele tener dificultad para organizar tareas y actividades.
  - f. Suele evitar, le disgusta o es reticente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
  - g. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, tareas escolares, lápices, libros o herramientas).
  - h. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
  - i. Suele ser descuidado en las actividades diarias.

## DSM-5

### Inatención

Seis (o más) de los siguientes síntomas han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es incompatible con el nivel de desarrollo, teniendo un impacto directo en la actividad social y académica/profesional.

*Nota:* para los adolescentes mayores y adultos (mayores de 17 años o más) solo son necesarios cumplir cuatro síntomas. Los síntomas no se deben a un comportamiento negativista, desafiante u hostil, ni a incomprensión de las tareas o instrucciones.

- a. No suele prestar suficiente atención a los detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares, el trabajo u otras actividades (por ejemplo, se pasa por alto información, la pierde y el trabajo es erróneo).
- b. Suele tener dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego (por ejemplo, tiene dificultad para permanecer concentrado durante las conferencias, conversaciones o al leer textos largos).
- c. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (parece estar "en otra parte", incluso sin una distracción evidente).
- d. Con frecuencia no sigue instrucciones (inicia tareas, pero rápidamente pierde el foco y se desvía con facilidad, no logra terminar el trabajo escolar, las tareas domésticas o laborales).
- e. Suele tener dificultad para organizar tareas y actividades. Tiene dificultad para manejar las tareas secuenciales y mantener los materiales y objetos en orden. El trabajo es desordenado y desorganizado. Tiene mala gestión del tiempo y tiende a no cumplir con los plazos.
- f. Es característico que evite, parece que no le guste, siendo reacio a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos o, para los adolescentes mayores y adultos, la elaboración de informes, completar formularios o la revisión de documentos largos).
- g. Con frecuencia pierde objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, tareas escolares, lápices, libros, herramientas, carteras, llaves, documentos, anteojos o teléfonos móviles).
- h. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (para los adolescentes mayores y los adultos, con pensamientos que no guardan relación).
- i. Suele ser descuidado en las actividades diarias, las tareas y recados (para adolescentes mayores y adultos devolver llamadas, pagar las cuentas y acudir a las citas).

**Tabla 1. Comparativa de los criterios diagnósticos de la DSM-IV TR y DSM-5 (continuación)****DSM-IV TR****Hiperactividad/impulsividad**

- (2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad/impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo:

**Hiperactividad**

- a. A menudo mueve en exceso manos o pies o se remueve en su asiento.
- b. A menudo abandona su asiento en clase o en otras situaciones donde se espera que permanezca sentado.
- c. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e. Está a menudo "en marcha" o suele actuar como si estuviera "impulsado por un motor".
- f. A menudo habla en exceso.

**Impulsividad**

- g. A menudo se precipita con las respuestas antes incluso de que las preguntas se hayan completado.
- h. Suele tener dificultad para esperar su turno.
- i. A menudo interrumpe o se inmiscuye en asuntos de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

## DSM-5

### Hiperactividad/impulsividad

Seis (o más) de los siguientes síntomas han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es incompatible con el nivel de desarrollo, teniendo un impacto directo en la actividad social y académica/profesional.

Nota: para los adolescentes mayores y adultos (mayores de 17 años o más) solo son necesarios cumplir cuatro síntomas. Los síntomas no se deben a un comportamiento negativista, desafiante u hostil, ni a incompreensión de las tareas o instrucciones.

- a. A menudo mueve en exceso manos, pies o se remueve en su asiento.
- b. Suele estar inquieto en situaciones que requieren permanecer sentado (puede dejar su sitio en el lugar de trabajo, clase, oficina) mientras que los demás permanecen sentados,
- c. A menudo corre o salta sobre los muebles y se mueve excesivamente en situaciones inapropiadas. En adolescentes o adultos puede limitarse a sentirse inquieto.
- d. Es a menudo demasiado ruidoso durante el juego, el ocio o las actividades sociales.
- e. A menudo "está en marcha", actúa como si estuviera "impulsado por un motor". Está incómodo si tiene que estar quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones, etc. Es visto por los demás como inquieto y difícil de estar con él.
- f. A menudo habla en exceso.
- g. A menudo se precipita con las respuestas antes incluso de que las preguntas se hayan completado. Los adolescentes mayores y adultos pueden completar las frases de la gente e interviene antes de tiempo en las conversaciones.
- h. Suele tener dificultad para esperar su turno o hacer una cola.
- i. A menudo interrumpe o se inmiscuye en asuntos de otros (con frecuencia se entromete en conversaciones, juegos o actividades; puede comenzar a usar las cosas de los demás sin pedir o recibir permiso, los adolescentes o los adultos pueden invadir o hacerse cargo de lo que otros están haciendo).
- j. Tiende a actuar sin pensar, como iniciar tareas sin la preparación adecuada, evitar la lectura/escucha de las instrucciones. Puede hablar sin considerar las consecuencias o tomar decisiones importantes en el fragor del momento, tales como la compra de artículos de forma impulsiva, o de pronto renunciar a un trabajo, o romper con un amigo.
- k. Es a menudo impaciente, como lo demuestra sentirse inquieto cuando espera a los demás, el deseo de moverse más rápido, querer que la gente sea puntual o acelerando mientras conduce para ir más rápido que otros.

**Tabla 1. Comparativa de los criterios diagnósticos de la DSM-IV TR y DSM-5 (continuación)****DSM-IV TR****Hiperactividad/impulsividad**

- B. Algunos síntomas de hiperactividad/impulsividad o desatención estaban presentes antes de los 7 años.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en la escuela –o en el trabajo– y en casa).
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad).

**Código basado en el tipo****314.01**

Trastorno de Atención, tipo combinado: si tanto los Criterios A1 y A2 se cumplen en los últimos 6 meses.

**314.00**

Trastorno de Atención, tipo predominantemente inatento: si se satisface el Criterio A1, pero el Criterio A2 no se cumple durante los últimos 6 meses.

**314.01**

Trastorno de Atención, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: si se satisface el Criterio A2, pero el Criterio A1 no se cumple para los últimos 6 meses.

Nota de codificación: para las personas (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, "En remisión parcial" debe ser especificado.

## DSM-5

### Hiperactividad/impulsividad

- l. Se siento incómodo haciendo las cosas poco a poco y de manera sistemática, y a menudo se precipita en las actividades o tareas.
  - m. Tiene dificultad para resistir las tentaciones y oportunidades, incluso si esto significa asumir riesgos (un niño puede agarrar los juguetes de un estante de la tienda o jugar con objetos peligrosos, los adultos pueden comprometerse en una relación tras un breve espacio de tiempo, aceptar un empleo o entrar en un acuerdo de negocios sin hacer la diligencia debida).
- 
- B. Varios síntomas evidentes de falta de atención o hiperactividad/impulsividad estaban presentes antes de los 12 años.
  - C. Los síntomas son evidentes en dos o más ambientes (por ejemplo, en el hogar, la escuela o el trabajo, con amigos o familiares, o en otras actividades).
  - D. Deben existir pruebas claras de que los síntomas interfieren o reducen la calidad de la actividad social, académica o laboral.
  - E. Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

### Especifique si está basado en la presentación actual

#### **Presentación combinada:**

Si tanto el Criterio A1 (falta de atención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) han estado presentes en los últimos 6 meses.

#### **Presentación predominantemente inatento:**

Si el Criterio A1 (falta de atención) se cumple y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) no se cumple y tres o más de los síntomas del Criterio A2 han estado presentes durante los últimos 6 meses.

#### **Presentación predominantemente hiperactivo/impulsivo:**

Si el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) se cumple y el Criterio A1 (falta de atención) no se cumple en los últimos 6 meses.

#### **Presentación inatento (restrictiva):**

Si el Criterio A1 (falta de atención) se cumple y no más de dos síntomas del Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) han estado presentes durante los últimos 6 meses.

## Diagnóstico diferencial

Para abordar el diagnóstico diferencial del TDAH en la edad adulta hemos de tener en cuenta que algunas de las quejas principales del TDAH, como son las dificultades en la concentración o los problemas para mantener la atención, son síntomas comunes a muchos otros trastornos psiquiátricos. Partiendo de esta premisa, entre los cuadros que más síntomas comunes presentan con el TDAH en el adulto se incluyen los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, el trastorno bipolar, los problemas relacionados con las sustancias, algunos trastornos de la personalidad, entre otros (tabla 2).

**Tabla 2. Principales cuadros para el diagnóstico diferencial del TDAH en la edad adulta**

### Trastornos psiquiátricos

Trastorno por ansiedad generalizada

Trastorno depresivo

Trastorno obsesivo compulsivo

Trastorno bipolar (tipo I o II)

Trastornos del espectro autista

Trastorno antisocial de la personalidad

Trastorno límite de la personalidad

Trastorno por uso/abuso de sustancias

### Trastornos orgánicos/otras patologías médicas

Traumatismos craneoencefálicos

Epilepsia

Trastornos de la función tiroidea

Hipoglucemias

Intoxicación por plomo

Síndrome de apnea del sueño

Otros trastornos del sueño

No obstante, para los cuadros anteriormente referidos encontramos un síntoma “cardinal” o nuclear propio del otro trastorno que será clave a la hora de diferenciarlo del TDAH. Así, por ejemplo, en la depresión, si bien son frecuentes las quejas cognitivas, estas se acompañan por alteraciones del estado de ánimo, apatía, anhedonia e incluso astenia, en claro contrapunto a la hiperactividad<sup>(15)</sup>.

En los casos de diagnóstico diferencial con el trastorno bipolar, la presencia de episodios con cambios en el estado de ánimo, incluyendo periodos con elevación del mismo, así como la presencia de ideas megalomaniacas, irritabilidad y alteraciones del sueño, con una reducción de las necesidades del mismo sin el cansancio posterior, la desinhibición o las alteraciones formales en el pensamiento, son los síntomas diferenciales más claros.

En el caso de la ansiedad, las preocupaciones ansiosas, las quejas somáticas y la interferencia con el sueño pueden ser síntomas clave para diferenciarlo del TDAH. Más sencillo puede ser cuando los síntomas comunes al TDAH se encuentren en el contexto de un consumo activo de drogas, y los síntomas están relacionados con los procesos de intoxicación o de abstinencia.

Pero incluso por encima de los síntomas diferenciales, que se insiste que son claves para el diagnóstico diferencial, encontramos que la clínica de TDAH ha de estar presente a lo largo de la historia biográfica del paciente desde la infancia, aunque pueda haber estado presente en intensidad variable, o incluso con una disfuncionalidad asociada también cambiante. Este punto va a ser también importante a la hora de comprender cuando los diagnósticos coexistan o sean comórbidos.

En el caso de los trastornos de la personalidad, el patrón disfuncional también es estable, pero no desde la infancia como en el caso del TDAH. Con lo que, además de los síntomas diferenciales, la anamnesis biográfica del paciente va a ser de gran ayuda. De especial interés será la búsqueda de informadores externos, que van a completar la visión que el paciente puede ofrecer. Quizás sea más complejo el diagnóstico diferencial con el trastorno límite de la personalidad, ya que ambos se pueden caracterizar por la impulsividad e incluso la labilidad emocional. No obstante, en el TDAH no esperaremos encontrar tanta intensidad en las dificultades de relación interpersonal, las autolesiones o los intentos autolíticos.

Se han de tener en cuenta también algunas condiciones orgánicas o patologías médicas que pueden simular un cuadro de TDAH en el adulto (tabla 2), pero de nuevo encontraremos en los síntomas específicos y en la cronología de los síntomas y su disfunción las claves para diferenciar ambas condiciones.

## Bibliografía

1. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007 Jun; 164(6):942-8.
2. Catalá-López F, Peiró S, Rídao M, Sanfélix-Gimeno G, Gènova-Maleras R, Catalá MA. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry* 2012 Oct 12; 12:168.
3. Ramos-Quiroga JA, Montoya A, Kutzelnigg A, Deberdt W, Sobanski E. Attention deficit hyperactivity disorder in the European adult population: prevalence, disease awareness, and treatment guidelines. *Curr Med Res Opin* 2013 Sep; 29(9):1.093-104. DOI: 10.1185/03007995.2013.812961. Epub 2013 Jul 2.
4. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006 Apr; 163(4):716-23.
5. Ramos-Quiroga JA, Chalita PJ, Vidal R, Bosch R, Palomar G, Prats L, Casas M. Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Rev Neurol* 2012; 54(Supl. 1):S105-S115.
6. Ginsberg Y, Quintero J, Anand E, Casillas M, Upadhyaya H. Underdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adult Patients: A Review of the Literature. *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry* 06/2014; 16(3).
7. Quintero J, Balanzá-Martínez V, Correas J, Soler B, Grupo Geda-A. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el paciente adulto: visión del clínico. *Actas Esp Psiquiatr* 2013 May-Jun; 41(3):185-95. Epub 2013 May 1.
8. Barbudo del Cura E, Correas J, Quintero J. Caracterología del adulto con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En *TDAH a lo largo de la vida*. Quintero Gutiérrez del Álamo, FJ, Correas Lauffer J, Quintero Lumbreras FJ. 3.ª Ed. Elsevier-Masson. 2009; 371-89.
9. Wilens TE, Biederman J, Faraone SV, Martelon M, Westerberg D, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *J Clin Psychiatry* 2009 Nov; 70(11):1.557-62.
10. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with ADHD. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1.792-8.
11. Quintero J, Navas M, Fernández A, Ortiz T. Advances in attention deficit hyperactivity disorder. What does neuroimaging provide us with? *Actas Esp Psiquiatr* 2009 Nov-Dec; 37(6):352-8.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition: DSM-5*. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

13. Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, Sarawate CA, Spencer T, Van Brunt DL. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007; 16(2):52-65.
14. Ramos-Quiroga JA, Daigre C, Valero S, Bosch R, Gómez-Barros N, Nogueira M, et al. Validation of the Spanish version of the attention deficit hyperactivity disorder adult screening scale (ASRS v. 1.1): a novel scoring strategy. *Rev Neurol* 2009 May 1-15; 48(9):449-52.
15. Gillig PM, Gentile JP, Atiq R. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Psychiatry Board Review Manual. Hosp Physician* 2005; 9(part 2):1-11.



# TDAH en la vida cotidiana del adulto

**Dr. Miguel Casas Brugué**

*Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron.  
Catedrático de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona*

Múltiples estudios longitudinales han demostrado que presentar sintomatología TDAH comporta una alta probabilidad de desarrollar, junto a alteraciones de las funciones ejecutivas, una amplia gama de rasgos comportamentales “peculiares y poco normativos”, que diferencian claramente al individuo que los presenta de la población general<sup>(1-3)</sup>.

Esta sintomatología comportamental, que se inicia en la infancia y se prolonga a lo largo de toda la vida del paciente, puede manifestarse en la mayoría de las esferas vitales y relacionales del individuo, siendo su relevancia directamente proporcional a la intensidad clínica que presenten los síntomas TDAH y, por tanto, siendo máxima cuando se pueda establecer un diagnóstico completo de TDAH, según las actuales clasificaciones psiquiátricas (DSM-5)<sup>(4)</sup>.

Presentar un TDAH en el siglo XXI y en el denominado “primer mundo” comporta muy frecuentemente una serie de limitaciones en el aprendizaje y rendimiento “global” del sujeto que lo padece, provocadas por la propia sintomatología del cuadro clínico, que dificulta la aprehensión de los procesos intelectivos claves para un “normal” funcionamiento personal, familiar y social del sujeto según los actuales parámetros estandarizados y “estadísticamente normativos” de la población de los países desarrollados<sup>(5)</sup>. Habitualmente, el resultado final se manifiesta en forma de serias dificultades para conseguir ser un individuo socialmente “aceptado y normativo”.

Sin embargo, no es descartable que la misma sintomatología que actualmente es considerada como “disfuncional” pueda haber sido muy útil anteriormente, principalmente en el proceso de evolución de nuestra especie, y aún siga siéndolo en la actualidad en presencia de situaciones límite o catastróficas. Padeecer un TDAH puede propiciar dificultades importantes en el aprendizaje “normativo” exigido en escuelas y universidades y en la aceptación de las actuales reglas estandarizadas de comportamiento laboral y social, pero no significa estar irremediabilmente abocado a un fracaso vital, sino que la mezcla de impulsividad, originalidad y búsqueda

de sensaciones de algunos TDAH puede proporcionarles grandes éxitos personales basados en la creatividad de su pensamiento “paranormativo”(6).

Sin embargo, en estos momentos, tanto cuando se aborda científica y clínicamente el TDAH como cuando se trata a nivel coloquial, solamente se acostumbran a destacar y valorar las manifestaciones disfuncionales de “índole destructivo”, que van a provocar graves dificultades a nivel personal, familiar o social en el individuo que las presenta(7). Ello genera habitualmente un fatal determinismo, asociando el TDAH a “problemática irresoluble”, que hace mella en la opinión de quienes están en contacto con el paciente, contaminando “a priori” sus relaciones con la familia, la escuela y la sociedad que le rodea, y dificultando un correcto y efectivo abordaje terapéutico del problema.

Se podría hablar, pues, de un progresivo proceso de estigmatización del paciente con TDAH, que se acentúa enormemente si presenta algún tipo de comorbilidad. A ello ayuda el hecho de que muchos pacientes con plena sintomatología TDAH no son correctamente diagnosticados en la infancia y que, cuando lo son en la edad adulta, presentan ya severos trastornos de conducta que no podrán ser revertidos de forma satisfactoria, lo que vendrá a confirmar, falsamente, la opinión “popular” de que el TDAH es un trastorno “destructivo” e “irreversible”. Las advertencias científicas de que un TDAH adecuadamente diagnosticado y tratado en la infancia evita, la mayoría de las veces, esta evolución tórpida en la edad adulta, no son habitualmente escuchadas(8, 9).

A este progresivo proceso de estigmatización contribuyen, claramente, tres complejos grupos de factores. En primer lugar, el hecho de que ya desde las primeras descripciones del síndrome se ha considerado su sintomatología como producto de una anomalía o una enfermedad y que, actualmente, su mismo nombre ya designa al TDAH como “trastorno”, prejuzgando, con ello, que la gran mayoría de sus consecuencias serán malsanas para el individuo que lo presenta, visión pronóstica fatalista que se acentúa por su altísima comorbilidad con una gran mayoría de los trastornos psiquiátricos más severos. En segundo lugar, el hecho de que una gran parte de los individuos con sintomatología TDAH que presentan conductas “poco normativas”, pero no desarrollan conflictividad familiar o social, acostumbren a ser personas apreciadas personal y socialmente, no siendo nunca etiquetadas como TDAH, sino todo lo contrario, como originales, singulares, creativos, etc., no facilita el reconocer que una gran parte de su encanto personal es el resultado de presentar una sintomatología TDAH compensada y no destructiva. En tercer lugar, la negación sistemática de la realidad del TDAH que efectúan determinadas escuelas psicológicas y psiquiátricas contribuye a la desinformación científica de afectados, familiares y docentes, contribuyendo a etiquetar a cualquier trastorno de conducta como sinónimo de trastorno límite o

trastorno antisocial de la personalidad, obligando a asumir con ello, erróneamente, las severas consecuencias pronósticas que se atribuyen a estos trastornos<sup>(9, 10)</sup>.

## El TDAH “constructivo” en el adulto

Aunque científicamente hay que aceptar que un TDAH sin tratar en el adulto acostumbra a presentar una evolución tórpida y “destrucciona”, también es cierto que es cada vez más evidente el hecho de que una parte importante de los individuos que cumplen criterios TDAH pueden desarrollar una vida satisfactoria y autónoma, sin problemas conductuales que graven su vida personal y, en ocasiones, con una importante aceptación social y éxito profesional<sup>(11, 12)</sup>.

No obstante, muy pocos estudios han investigado los aspectos “constructivos” resultantes de presentar un TDAH. De hecho, solamente gracias al testimonio personal de individuos con TDAH que han tenido éxito a nivel social, como emprendedores, inventores, creadores, deportistas, etc., y que han decidido ayudar a otros afectados con la revelación de su “singularidad” o “problema”, o bien, por medio del trabajo de revisión histórica de las biografías de personajes celebres, mostrando, a la luz de los conocimientos científicos actuales, que una gran parte de su “originalidad” podría atribuirse a presentar un TDAH activo, se puede actualmente conocer y profundizar en esta variedad de TDAH, a la que habría ya que quitar la “T” de trastorno<sup>(13)</sup>.

Por ello, ante la falta de plausibles hipótesis de trabajo que expliquen en estos momentos la evolución “constructiva” o “positiva” del TDAH, será absolutamente necesario en los próximos años describir de forma pormenorizada este tipo de evolución favorable y analizar los factores determinantes que la propician, a fin de establecer cómo poder diseñar y programar en un futuro próximo actuaciones concretas dirigidas a poder obtener una buena evolución del trastorno en todos los individuos que lo presentan<sup>(14)</sup>.

## El TDAH “destrucciona” en el adulto

Las principales consecuencias deletéreas del TDAH “destrucciona” a nivel personal, familiar y social, en función de la edad y maduración del individuo afectado, son las siguientes<sup>(15-21)</sup>:

- Malestar psíquico y sufrimiento personal.
- Severa conflictividad familiar.

- Dificultades en el aprendizaje y bajo rendimiento académico.
- Conductas impulsivas, con anormal asunción de graves riesgos vitales.
- Conflictividad interpersonal, agresividad y violencia inmotivada e indiscriminada.
- Desadaptación conductual en ambientes normativos y búsqueda de seguridad en grupos contraculturales, antisistema y bandas urbanas.
- Adicciones químicas y comportamentales.
- Sexo compulsivo y embarazos no deseados.
- Conducción de riesgo y accidentes de tráfico repetitivos.
- Aumento de la probabilidad de contraer enfermedades infecciosas.
- Inadaptación laboral como asalariado.
- Inicio precoz de actividades delictivas.
- Fracaso vital, como resultado final de la problemática intra y extrapersonal.
- Etc.

Como es natural, no todos los individuos afectados por un TDAH “destrutivo”, en cualquiera de sus diversas variedades, van a presentar la totalidad de los problemas antes reseñados, ni la intensidad de los padecidos va ser proporcional a la gravedad del trastorno. No obstante, cuando el sujeto-paciente inicia un proceso conductual patológico, las consecuencias suelen encadenarse de forma progresiva, pudiendo terminar, en un corto periodo de tiempo, en la marginalidad o en la cárcel<sup>(2)</sup>, por lo que se precisa una intervención rápida y enérgica desde el mismo momento de su inicial detección, con el fin de poder atajar, con unas mínimas garantías de éxito, la deriva “destrutiva”<sup>(2)</sup>.

Aunque no se conocen los factores que van a provocar estos problemas en el adulto, cada vez es más evidente que la aparición de trastornos de conducta durante la adolescencia del sujeto con TDAH va a ser el principal determinante para la posterior presentación de una evolución tórpida y destructiva del trastorno<sup>(4)</sup>.

Sin embargo, parece muy difícil poder prever y prevenir, con los conocimientos actuales, la aparición de estos trastornos de conducta, ya que la mayoría parecen estar directamente ligados a la variable necesidad de autoestimulación compensadora que el paciente efectúa, de forma automática e involuntaria, en un intento

de autorregular los hipofuncionantes sistemas de transmisión catecolaminérgicos a nivel de su sistema nervioso central. Una lógica hipótesis de trabajo relaciona el déficit de atención, la impulsividad y la hiperactividad típicas del TDAH en la infancia y la adolescencia con el inicio de los trastornos de conducta, proponiendo que estos últimos son el resultado de la necesidad del niño y del adolescente de activar su sistema dopaminérgico con acciones que les provoquen ansiedad y estrés (en un erróneo proceso de autorregulación), al no disponer en la infancia y adolescencia temprana de otras posibilidades de activar este sistema, como podrán ser las drogas o las conductas de alto riesgo típicas en la adolescencia tardía o la edad adulta(22-24). Estas iniciales conductas de oposición o “rebeldía” contra padres, compañeros o profesores serían progresivamente condicionadas por este mismo sistema dopaminérgico que el niño o el adolescente necesita activar para disminuir la sintomatología atencional e hiperactiva que les molesta e impide concentrarse(25). La cronificación e intenso proceso de condicionamiento de estas conductas poco normativas terminará por cristalizar en pseudotrastornos de conducta que condicionarán toda la vida del individuo adulto, en que serán muchas veces erróneamente diagnosticados como trastorno límite o antisocial de la personalidad(25).

Ante este proceso de autorregulación, solo cabe recomendar el diagnóstico precoz del TDAH en la infancia y el inicio inmediato de un tratamiento efectivo, que consiga prevenir, por innecesarias, estas conductas agresivas y de confrontación con las personas y situaciones que rodean al niño y que este efectúa para mejorar su sintomatología TDAH, consiguiendo con ello que no se presenten, modificadas y agravadas, en la edad adulta(14).

## Bibliografía

1. Frazier TW, Youngstrom EA, Glutting JJ, Watkins MW. ADHD and achievement: Meta-Analysis of the child, adolescent, and adult literatures and concomitant study with college students. *Journal of Learning Disabilities* 2007; 40(1):49-65.
2. Hennessey KA, Stein MD, Rosengard C, Rose JS, Clarke JG. Childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder, substance use, and adult functioning among incarcerated women. *Journal of Attention Disorders* 2010; 14(3):273-80.
3. Rabiner DL, Anastopoulos AD, Costello J, Hoyle RH, Swartzwelder HS. Adjustment to college in students with ADHD. *Journal of Attention Disorders* 2008; 11(6):689-99.
4. Rangel Araiza JF. Attention deficit disorder with and without hiperactivity (ADHD) and violence: Literature review. *Salud Mental* 2014; 37:75-82.
5. Shiffrin JG, Proctor BE, Prevatt FF. Work performance differences between college students with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders* 2010; 13(5):489-96.

6. Barron KE, Evans SW, Baranik LE, Serpell ZN, Buvinger E. Achievement goals of students with ADHD. *Learning Disability Quarterly* 2006; 29(3):137-58 Sum.
7. Wymbs BT, Pelham WE Jr, Molina BS, Gnagy EM, Wilson TK, Greenhouse JB. Rate and predictors of divorce among parents of youth with ADHD. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76(5):735-44.
8. Halmøy A, Fasmer OB, Gillberg C, Haavik J. Occupational outcome in adult ADHD: Impact of symptom profile, comorbid psychiatric problems, and treatment. *Journal of Attention Disorders* 2009; 13(2):175-87.
9. Guerrero López JF, Bascones Márquez M, Pérez Galán R. Del lecho de Procusto al Efecto Penélope: reflexiones sobre la diversidad cognitiva del adulto con TDAH. En *El lado oculto del TDAH en la edad adulta*. Málaga: Ediciones Aljibe, 2014.
10. Ramos-Quiroga JA, Bosch R, Casas M. Comprender el TDAH en adultos. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos. Barcelona: Editorial Amat, 2009.
11. Krauss MR, Russell RK, Powers TE, Li Y. Accession standards for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A survival analysis in military recruits, 1995-2000. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 2006; 27(2).
12. Nadeau KG. Career choices and workplace challenges for individuals with ADHD. *J Clin Psychol* 2005; 61(5):549-63.
13. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M, Bellot P. *El TDAH en adultos. Lo que nos dice la ciencia*. Barcelona: Ediciones Médicas, 2008.
14. Halowell E, Ratey J. *Controlando la hiperactividad. Cómo superar el déficit de atención con hiperactividad desde la infancia hasta la edad adulta*. Barcelona: Editorial Paidós, 2001.
15. Fang X, Massetti GM, Ouyang L, Grosse SD, Mercy JA. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, conduct disorder, and young adult intimate partner violence. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(11):1.179-86.
16. Huntley Z, Young S. Alcohol and substance use history among ADHD adults: The relationship with persistent and remitting symptoms, personality, employment, and history of service use. *Journal of Attention Disorders* 2014; 18(1):82-90.
17. Ohlmeier MD, Peters K, Kordon A, Seifert J, Wildt BT, Wiese B, Ziegenbein M, et al. Nicotine and alcohol dependence in patients with comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Alcohol & Alcoholism* 2007; 42(6):539-43.
18. Rooney M, Chronis-Tuscano A, Yoon Y. Substance use in College students with ADHD. *Journal of Attention Disorders* 2012; 16(3):221-34.
19. Wymbs B, Molina B, Pelham W, Cheong J, Gnagy E, Belendiuk K, et al. Risk of intimate partner violence among young adult males with childhood ADHD. *Journal of Attention Disorders* 2012; 16(5):373-83.
20. Sobanski E, Sabljic D, Alm B, Dittmann RW, Wehmeier PM, Skopp G, Strohecker-Kühner P. Driving performance in adults with ADHD: results from a randomized, waiting list controlled trial with atomoxetine. *European Psychiatry* 2013; 28:379-85.

21. Vaa T. ADHD and relative risk of accidents in road traffic: A meta-analysis. *Accident Analysis and Prevention* 2014; 62:415-25.
22. Ouyang L, Fang X, Mercy J, Perou R, Grosse SD. Attention-Deficit/Hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: A population-based study. *J Pediatr* 2008; 153:851-6.
23. Wilens TE, Adamson J, Sgambati S, Whitley J, Santry A, Monuteaux MC, Biederman J. Do individuals with ADHD self-medicate with cigarettes and substances of abuse? Results from a controlled family study of ADHD. *Am J Addict* 2007; 16(Suppl. 1):14-21.
24. Becker-Blease KA, Freyd JJ. A Preliminary study of ADHD and correlates: do abused children differ from nonabused children? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 2008; 17(1).
25. Retz W, Rösler M. The relation of ADHD and violent aggression: What can we learn from epidemiological and genetic studies? *Int J Law Psychiatry* 2009; 32(4):235-43.



# TDAH y patología dual

## Dr. Néstor Szerman Bolotner

*Psiquiatra. Jefe de Servicio Salud Mental Retiro.  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid*

Los estudios epidemiológicos muestran que el 4-5% de la población general padece un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)<sup>(1)</sup> y de este número, al menos la mitad tiene un trastorno por uso de sustancias (TUS), patología dual<sup>(2)</sup>, incluyendo al tabaco entre ellas.

Dos recientes revisiones sistemáticas con metaanálisis han vuelto a evidenciar esta sólida relación entre TDAH y TUS<sup>(3, 4)</sup>, sin olvidarnos de otras adicciones comportamentales, incluido el trastorno por juego, el único hasta ahora con reconocimiento oficial de trastorno adictivo.

Esta no es la única comorbilidad, ya que el TDAH es una situación sindrómica que se acompaña hasta en un 70% de los casos de otras manifestaciones psicopatológicas muy variadas<sup>(5)</sup> a lo largo del ciclo vital.

El problema de la “comorbilidad” afecta a toda la nosología y nosografía psiquiátrica actual, basada en las descripciones fenomenológicas de Kraepelin, que llegaron al DSM-III en 1980<sup>(6)</sup>.

La historia de la medicina muestra que síndromes que se manifiestan como diferentes pueden corresponder a una etiología común, como sucede con las manifestaciones de la sífilis o de los trastornos por estreptococos, en un momento en que la psiquiatría se propone construir un nuevo marco estable para la investigación, basado en descubrimientos en genómica y en las neurociencias, como también en la observación clínica, con el objetivo de mejorar los diagnósticos y los tratamientos.

## Problemas con el diagnóstico del TDAH

Pese a datos impactantes desde la epidemiología y las neurociencias, pocos médicos se sienten cómodos al diagnosticar y tratar adultos con TDAH, y menos aún cuando tienen que tratar la tan frecuente patología dual<sup>(7)</sup>.

En este sentido podríamos hablar de “dos trastornos” huérfanos y abandonados por los dispositivos y redes de salud mental, y también por la red de adicciones, cuando efectúan valoraciones transversales. En muchos casos da lugar al que llamamos “síndrome de la puerta equivocada”, en el cual el paciente con patología dual no encuentra la puerta acertada y deambula entre estas diferentes redes y dispositivos asistenciales sin un diagnóstico y tratamiento apropiados.

Las razones de estas dificultades son complejas y remiten a causas históricas, como la disociación asistencial entre dos redes separadas para tratar un único enfermo. También a cuestiones como que el TDAH del adulto no ha sido valorado como un trastorno mental hasta el DSM-IV en 1994, que es resistido por las corrientes psicodinámicas de la psiquiatría, al ser un trastorno no descrito por la psicopatología psicoanalítica, de causas biológicas muy claras, y que requiere, al menos hasta la actualidad, que el tratamiento con psicoestimulantes sea una de las posibilidades terapéuticas, lo que desafía la moralidad vigente.

Respecto al diagnóstico, el DSM-5 ha procurado cambios diagnósticos desde los conocimientos que aportan una revisión sistemática de la literatura, un reanálisis de los datos disponibles y como resultado de los ensayos de campo. En ese sentido se ha ampliado la edad de inicio hasta los 12 años como punto de corte como criterio de validación de sujetos con TDAH<sup>(8, 9)</sup>.

El propio diagnóstico, según los criterios categoriales actuales del DSM, presenta claras insuficiencias para un síndrome con tantas expresiones sintomáticas (comorbilidad) y dimensionales (por ejemplo, gravedad y afectación de la vida del sujeto).

Sin embargo, establecer el número y gravedad de los síntomas según estos criterios actuales es necesario, aunque pensamos que no suficiente. Establecer el diagnóstico nos obliga a pensar que un sujeto podría tener un TDAH, para lo cual debemos de valorar una historia clínica de dificultades en amplios dominios de la vida del paciente, que por supuesto incluyen el académico, el social y el vocacional, pero que deberemos ampliar a avances en su carrera, a los comentarios recogidos en los boletines escolares, y a aspectos sobre cómo ejerce la paternidad, cuidados de la salud, relaciones íntimas, problemas legales varios y, por supuesto, el más que frecuente TUS, incluyendo entre ellas al tabaco y otras adicciones comportamentales: trastorno por juego y otros probables, como el trastorno por atracones.

Otro error común es asumir que si no existen síntomas típicos se excluye el diagnóstico de TDAH. Un sujeto puede no ser hiperactivo, o no manifestar falta de

atención cuando realiza las tareas bajo presión, pero al profundizar lo encontramos desorganizado, impaciente, llega siempre tarde y todo lo hace sobre la marcha.

En definitiva, el diagnóstico de TDAH no puede hacerse sobre síntomas que el paciente no tiene de forma aparente. Recordemos también que al hacer la historia clínica, el profesional no puede esperar que los pacientes hagan el diagnóstico, y que los pacientes jóvenes podrían ser negadores y los adultos tener dificultad en recordar el pasado, por lo que la información longitudinal debe ser valorada por el clínico y, si se puede, corroborada por padres, hermanos o pareja.

## El diagnóstico de TDAH y patología dual

La valoración del uso problemático y/o adictivo a sustancias, tanto integradas (alcohol, tabaco, estimulantes como colas, fármacos) como no integradas (cannabis, cocaína, etc.), es un elemento de enorme interés, que puede ser subestimado en la red de salud mental o sobrevalorado en la red de adicciones, en el sentido de que ambas ignoran la presencia de un posible y persistente TDAH. Patología dual que puede manifestarse también como conductas adictivas comportamentales, como el juego patológico, y equivalentes adictivos, como trastornos por atracones.

Diversos estudios han mostrado que el TDAH se asocia con un comienzo precoz del uso de alcohol y otras drogas, progreso rápido a la adicción y dificultades graves en alcanzar la abstinencia<sup>(10)</sup>.

Es evidente que cuando un adolescente con vulnerabilidad a la adicción –con un TDAH, por ejemplo– experimenta con sustancias, puede sentir sus efectos tan recompensantes que efectivamente revierta la disforia que sentía previamente<sup>(11)</sup>. Dependiendo de los niveles de vulnerabilidad genética, experiencial y fisiológica, estas experiencias pueden conducir a un TUS de diferentes niveles de gravedad<sup>(12)</sup>.

### ¿CUÁL ES LA PREVALENCIA DE TDAH Y PATOLOGÍA DUAL?

Si recordamos que la prevalencia del TDAH va del 6-9% de la población infantil y del 3-4% de los adultos<sup>(1)</sup>, más de la mitad de los adultos diagnosticados de TDAH presentan un TUS. Si miramos del otro lado del espejo encontramos que el 25% de la población que demanda tratamiento por TUS presenta un TDAH<sup>(13)</sup>.

Debemos recordar además que síntomas subumbrales de TDAH (cumplimiento de algunos, pero no todos los criterios diagnósticos) pueden acompañarse de pa-

tología dual, donde el TUS aparece en un primer plano manifiesto y se ignora o desconoce el subyacente pero relevante TDAH.

### ¿CUÁL ES LA CAUSA DE ESTA TAN SÓLIDA ASOCIACIÓN ENTRE TDAH Y TRASTORNOS ADICTIVOS?

Se han formulado diferentes explicaciones para responder a esta pregunta:

- La falta de regulación emocional que se asocia al TDAH.
- Los fracasos y desmoralización asociados al TDAH.
- El solapamiento de circuitos biológicos comunes. Esta hipótesis –no excluyente de las anteriores– es la que surge con mayores evidencias científicas.

### ¿QUÉ CIRCUITOS Y SISTEMAS NEUROBIOLÓGICOS ESTÁN IMPLICADOS EN EL TDAH Y LOS TRASTORNOS ADICTIVOS?

La elevada heredabilidad de esta patología dual vista en estudios de gemelos y de sujetos en adopción sugiere la existencia de genes comunes, mientras otros estudios valoran la contribución de numerosos factores genéticos, ya que genes aislados no han mostrado más que una pequeña aportación<sup>(14)</sup>, a lo cual se pueden sumar factores de riesgo medioambiental, como madres consumidoras de tabaco y/o alcohol o adversidades psicosociales. Existen estudios de pedigrís que apoyan la existencia de una asociación genética entre ambas manifestaciones clínicas<sup>(15)</sup>.

Al parecer, esta combinación de insultos genéticos y medioambientales crea circuitos y áreas alteradas a nivel cerebral que favorecen la aparición de ambas manifestaciones psicopatológicas. Se comienza a conocer la implicación de sistemas neurobiológicos endógenos, como el endocannabinoide, el opioide y otros neuropéptidos, colinérgicos/nicotínicos<sup>(16)</sup>, además de las aminas cerebrales (dopamina y noradrenalina), mucho más conocidas y estudiadas, como algunos de los neurocircuitos involucrados.

Estas disfuncionalidades neurobiológicas harían que los sujetos tengan una menor percepción de recompensa, una cognición alterada y una menor inhibición conductual. Esto produce que la vida parezca más aburrida, que tengan dificultades en reconocer a adelantar consecuencias negativas futuras y poder decir “no” a la utilización de sustancias que sienten que alivian su disforia.

## ¿CUÁL O CUÁLES SON LAS SUSTANCIAS CON POTENCIALIDAD ADICTIVA QUE SE ASOCIAN MÁS AL TDAH?

Los datos originados en la clínica informan de que no existe una única “droga” preferida por los pacientes, lo que no solo habla de la complejidad de la patología dual sino también de la existencia de probables diferentes fenotipos. El cannabis y el alcohol son las sustancias más utilizadas, en ocasiones esta última asociada a cocaína. El uso de más de una sustancia es más frecuente en pacientes con TDAH que en aquellos que no lo padecen. Y cuando entran en tratamiento, la mayoría de ellos no demandan abordar su adicción al cannabis.

**Alcohol y TDAH:** en muestras de pacientes con un trastorno por uso de alcohol la prevalencia de TDAH es muy elevada (19-42%) y viceversa<sup>(17)</sup>.

**Cannabis y TDAH:** es la sustancia ilegal más usada por los individuos con TDAH. Un diagnóstico de TDAH en la infancia se asocia con elevada probabilidad (1,5 mayor) de desarrollar un consumo de cannabis en la adolescencia<sup>(3, 4)</sup>. Es crucial valorar la existencia de un TDAH en sujetos que consultan por uso problemático de cannabis.

**Cocaína y TDAH:** en muestras clínicas entre el 10 y el 35% de los sujetos con trastorno por uso de cocaína presentan un TDAH<sup>(18)</sup>.

**Tabaco y TDAH:** niños con TDAH presentan más del doble de probabilidad de haber fumado tabaco alguna vez en la vida y casi el triple de posibilidad de desarrollar un trastorno adictivo al tabaco en la adolescencia o edad adulta, en relación a sujetos sin TDAH<sup>(4)</sup>.

**Opioides y TDAH:** estas sustancias han sido menos valoradas, aunque se conocen elevadas cifras de presencia de TDAH en muestras de pacientes en tratamiento con metadona<sup>(19)</sup> y su asociación con trastornos afectivos mayores, y también trastorno antisocial de la personalidad<sup>(20)</sup>.

**Trastorno por juego y TDAH:** en revisiones sistemáticas de la literatura se encuentra mayor riesgo de desarrollar trastornos conductuales por juego en individuos diagnosticados de niños con TDAH que en grupo control<sup>(21)</sup>.

## ¿LOS NIÑOS QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO PARA EL TDAH TENDRÁN MENOS POSIBILIDADES DE INICIAR UN TUS EN LA ADOLESCENCIA?

Metaanálisis efectuados sobre esta perspectiva evolutiva permiten responder a esta pregunta de forma afirmativa<sup>(22)</sup>. Al menos sí parece claro un retraso en el inicio del TUS. Este efecto protector se pierde al llegar el individuo a la edad adulta

y quizás al suspender el tratamiento psicofarmacológico en esta edad. Los médicos deben conocer que identificar y tratar el TDAH reduce el riesgo de patología dual.

### ¿SE DEBE SECUENCIAR EL TRATAMIENTO: TRATAR PRIMERO EL TUS Y DESPUÉS EL TDAH?

El sentido común debe guiar el tratamiento: hay pacientes con un TUS grave que cursa con dependencia fisiológica y abstinencia que requieren un tratamiento secuencial en ese orden. Pero en una amplia mayoría de casos el tratamiento conjunto de la patología dual debe ser iniciado. Sin olvidarnos del tabaco, que afecta de forma tan importante a esta población clínica. Se deben emplear de forma intensa y vigorosa todos los instrumentos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos necesarios para tratar la patología dual y no solo los del TDAH. Es necesario insistir en la alta proporción de sujetos con TUS o adicciones comportamentales que demandan tratamiento para esta patología dual tan evidente y que deja oculto el TDAH.

No olvidemos que la mayoría de los estudios confirma la eficacia y seguridad<sup>(23)</sup> del tratamiento psicofarmacológico para el TDAH, pero señalan, sin embargo, que su acción sobre el consumo de sustancias es muy limitada<sup>(20)</sup>. Quizás estos estudios persiguen la abstinencia y no valoran la disminución del uso de sustancias.

### ¿EXISTE EL RIESGO DE UN MAL USO DE LA MEDICACIÓN PRESCRITA POR PARTE DE ESTA POBLACIÓN CLÍNICA?

Es evidente que sí, pero esto solo ocurre en una minoría de la población tratada, lo que no justifica esta aprehensión teñida de tintes moralistas. Por otra parte, la disponibilidad de tan variada oferta farmacológica para estos pacientes nos permite elegir entre opciones, como las no estimulantes, por ejemplo, y estimulantes de liberación prolongada, con muchas menos probabilidades de ser mal usados.

## Conclusiones

El médico que trata sujetos con patología dual y TDAH encuentra dificultades para la valoración y el diagnóstico de un trastorno sindrómico tan mal enunciado y definido.

Ha comenzado un debate conceptual sobre aspectos como la edad de inicio, los síntomas clínicos actuales, dimensionales y subumbrales, la elevada y variada comorbilidad, a lo que hay que añadir la valoración del muy elevado uso problemático

y/o adictivo de sustancias (patología dual), que genera, si es posible, aun mayores dificultades y convierten al TDAH en un auténtico desafío.

La identificación de la tan frecuente patología dual (TDAH y trastornos adictivos) no es sencilla y permanece disociada e infradiagnosticada. Sin embargo, estas dos manifestaciones de la psicopatología, en la que subyacen factores y sustratos cerebrales comunes, necesitan de una precoz identificación.

También el diagnóstico debe intentar ser individualizado para reconocer tan diferentes fenotipos de esta patología: con rasgos patológicos de personalidad, trastornos afectivos graves, síntomas psicóticos, etc.

El tratamiento integrado tanto secuencial como simultáneo, según las circunstancias clínicas, debe ser iniciado tan precozmente como se pueda, lo que es probable que conduzca a atenuar la morbimortalidad.

## Bibliografía

1. Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United states: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163:716-23.
2. Wilens TE. Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders. *Am J psychiatry* 2006; 163:2.059-63.
3. Charach A, Yeung E, Climans T, Lillie E. Childhood ADHD and future substance use disorders: comparative meta-analyses. *J AM Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50:9-21.
4. Lee SS, Humphreys KL, Flory K, Liu R, Glass K. Prospective association of childhood ADHD and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2011; 31:328-41.
5. Byun H, Yang J, Lee M, Jang W, Yang JW, Kim JH, et al. Psychiatric comorbidity in Korean children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder: psychopathology according to subtype. *Yonsei Med J* 2006 Feb 28; 47(1):113-21.
6. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970; 126:983-7.
7. Martínez-Raga J, Szerman N, Knecht C, De Álvaro R. Attention deficit hyperactivity disorder and dual disorders. Educational needs for an underdiagnosed condition. *Int J Adolesc Med Health* 2013; 25(3):231-43.
8. Kielling C, Kielling RR, Rohde LA, et al. The age at onset of attention deficit hyperactivity disorder. *AM J Psychiatry* 2010; 167:14-6.

9. Polanczyk G, Caspi A, et al. Implications of extending the ADHD age-of-onset criterion to age 12: results from a prospective studied birth cohort. *Am J Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49:210-6.
10. Wilens TE. The nature of the relationship between attention-deficit-hyperactivity disorder and substance use. *J Clin Psychiatry* 2007; 68(suppl. 11):4-8.
11. Szerman N. ¿TDAH en la adolescencia? 50 preguntas orientativas para reconocer y tratar el TDAH. Madrid: Draft Editores SL, 2008.
12. Carboni E, Silvagni A, Rolando MT, Di Chiara G. Stimulation of in vivo dopamine transmission in the bed nucleus of stria terminalis by reinforcing drugs. *J Neurosci* 2000; RC102.
13. Van Emmerik-van Oortmerssen K, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence* 2012 Apr 1; 122(1-2):11-9.
14. Ocana AM. ADHD and Comorbid substance Use disorder. *Psychiatric Times* 2010 April; 20-6.
15. Bauer A, Ram R, Schindler KM, Pato T, Macciardi F, et al. Identification of attention-deficit/hyperactivity pedigrees and substance use disorder pedigrees through an ADHD proband simple. *CNS Spectrum* 1999; 5(4):55-8.
16. Szerman N, Martínez-Raga J, Peris L, Roncero C, Basurte I, Vega P, et al. Rethinking Dual Disorders/Pathology. *Addictive Disorders and Their Treatment* 2013; 12(1):1-10.
17. Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BE, Zedler M, Ziegenbein M, et al. Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol Alcohol* 2008; 43:300-4.
18. Levin FR, Evans SM, Kleber HD. Prevalence of ADHD among cocaine abusers seeking treatment. *Drug Alcohol Depend* 1998; 52:15-25.
19. Carpentier PJ, Van Gogh MT, Knapen LJ, Buitelaar JK, De Jong CA. Influence of ADHD and conduct disorder on opioid dependence severity and psychiatric comorbidity in chronic methadone-maintained patients. *Eur Addict Res* 2011; 17:10-20.
20. Martínez-Raga J, Knecht C. Patología Dual. Protocolos de Intervención en TDAH. Barcelona: Edikamed S, 2012.
21. Groen Y, Gaastra GF, Lewis-Evans B, Tucha O. Risky behavior in gambling tasks in individuals with ADHD--a systematic literature review. *PLoS One* 2013 Sep 13; 8(9).
22. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S. Does Stimulant Therapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Beget Later Substance Abuse? A Meta-analytic Review of the Literature *Pediatrics* 2003; 111(1):179-85.
23. Martínez-Raga J, Knecht C, Szerman N, Martínez MI. Risk of serious cardiovascular problems with medications for attention-deficit hyperactivity disorder. *CNS Drugs* 2013; 27(1):15-30.

# Tratamiento del TDAH en el adulto

**Dr. Josep Antoni Ramos-Quiroga**

*Psiquiatra. Coordinador del Programa TDAH.  
Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona*

## Introducción

El correcto diagnóstico del TDAH en adultos y la elección de un tratamiento farmacológico adecuado son aspectos de suma relevancia, ya que sin duda revertirán positivamente en el funcionamiento diario de los pacientes adultos con TDAH. Así, la guía del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) recomienda la farmacoterapia como el tratamiento de primera elección en adultos con TDAH<sup>(1)</sup>.

En los últimos años los tratamientos farmacológicos del TDAH en adultos han experimentado un considerable avance, existiendo en la actualidad diferentes psicofármacos, utilizados también en niños y adolescentes, que han mostrado su eficacia y seguridad en esta población<sup>(2, 3)</sup>. En este capítulo se citarán los fármacos disponibles en nuestro medio para el TDAH y con indicación en población adulta. Esta información puede variar de forma considerable dependiendo del país.

Los fármacos empleados para el tratamiento del TDAH se clasifican en dos grandes grupos: psicoestimulantes y no psicoestimulantes. Entre los primeros se encuentran el metilfenidato y la lisdexanfetamina, mientras que entre los segundos se incluye la atomoxetina. Todos ellos se caracterizan por incrementar el funcionalismo catecolaminérgico, especialmente de la dopamina y la noradrenalina, cuya disfunción se ha relacionado a nivel neurobiológico con el TDAH<sup>(4)</sup>.

La atomoxetina es el único fármaco con indicación para el tratamiento del TDAH en pacientes diagnosticados por primera vez en la edad adulta en nuestro medio. El metilfenidato y la lisdexanfetamina disponen de la indicación de continuación de tratamiento en la edad adulta, en adolescentes cuyos síntomas persistan hasta la edad adulta y que hayan mostrado claro beneficio al tratamiento.

La administración de estos fármacos está indicada como parte de un programa completo de tratamiento, que habitualmente incluye medidas psicológicas, educativas y sociales.

## Eficacia de los tratamientos

Son muchos los ensayos clínicos existentes que muestran la eficacia de estos fármacos y que muestran que los resultados obtenidos son extrapolables de forma general a los encontrados en niños y adolescentes<sup>(1, 3)</sup>.

Actualmente, ensayos clínicos aleatorizados, controlados con placebo y diversos metaanálisis muestran la eficacia y seguridad de metilfenidato, lisdexanfetamina y atomoxetina para adultos con TDAH<sup>(4)</sup>. Además se dispone de ensayos clínicos aleatorizados que evalúan la eficacia y seguridad de la atomoxetina y el metilfenidato hasta 1 año y 6 meses, respectivamente<sup>(4)</sup>.

Una reciente investigación basada en grandes registros de población llegó a la conclusión de que los tratamientos farmacológicos para el TDAH reducen la criminalidad<sup>(5)</sup> o mejoran el rendimiento en la conducción de vehículos ante situaciones de tráfico real en pacientes con TDAH<sup>(6-8)</sup>.

## Diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas de los tratamientos farmacológicos

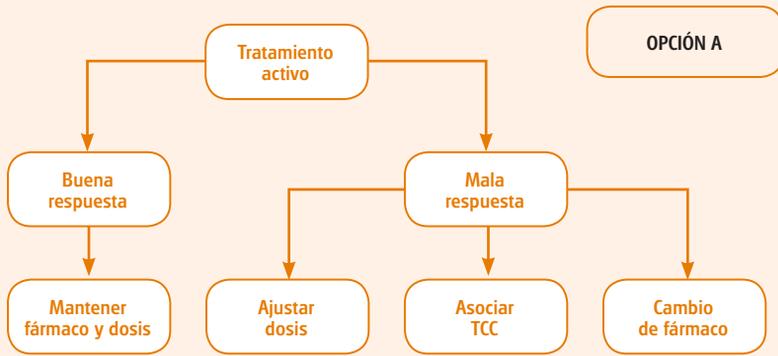
Entre los psicoestimulantes existen diferencias a nivel farmacodinámico y farmacocinético. A nivel farmacodinámico, el metilfenidato actúa principalmente como inhibidor de la recaptación presináptica de la dopamina y en menor medida de la noradrenalina, mostrando también actividad sobre el receptor D1 y los sistemas serotoninérgico, histaminérgico y colinérgico<sup>(9)</sup>. Las anfetaminas, como la lisdexanfetamina, inhiben la recaptación de la dopamina y la noradrenalina, promoviendo además la liberación de la dopamina en la hendidura sináptica e inhibiendo la degradación de la dopamina a través de la monoaminoxidasa (MAO) a nivel presináptico<sup>(10)</sup>. A nivel farmacocinético, existen formas farmacéuticas de acción corta y otras de acción prolongada que requieren una única toma diaria, evitando así la administración de múltiples dosis diarias<sup>(3)</sup>. El metilfenidato se metaboliza y elimina a nivel renal, mientras que la lisdexanfetamina se metaboliza a nivel hepático y se elimina a nivel renal<sup>(9, 10)</sup>.

Atomoxetina es un fármaco no estimulante, con un mecanismo de acción fundamentalmente noradrenérgico, inhibiendo el transportador presináptico de noradrenalina<sup>(11)</sup>. El efecto que atomoxetina parece mostrar sobre las vías dopaminérgicas, incrementando los niveles de dopamina en el córtex prefrontal sin modificar la dopamina en los núcleos de la base ni en el núcleo accumbens, se relaciona con su ausencia de potencial de abuso y su eficacia clínica en el tratamiento del TDAH<sup>(11)</sup>. Por otra parte, es un fármaco altamente selectivo, sin afectar de forma relevante a otros

receptores cerebrales. El complejo citocromo P450 (CYP2D6) es el responsable de la metabolización de atomoxetina a nivel hepático<sup>(2)</sup>.

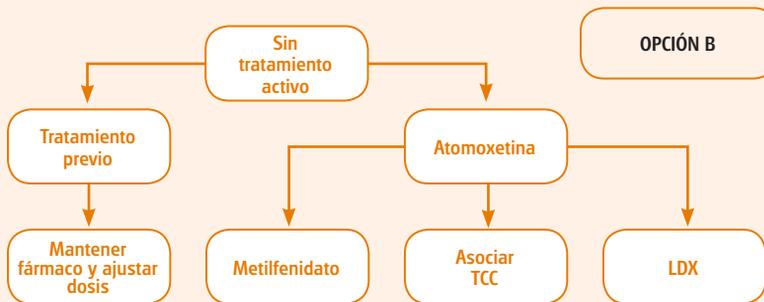
## Elección del fármaco, titulación y dosificación

Figura 1. Continuidad terapéutica. Tratamiento activo



TCC: terapia cognitivo-conductual.

Figura 2. Continuidad terapéutica. Sin tratamiento activo



TCC: terapia cognitivo-conductual; LDX: lisdexanfetamina.

Tanto los psicoestimulantes como la atomoxetina han mostrado ser fármacos eficaces y seguros en población adulta. El criterio para escoger de primera elección uno u otro tratamiento dependerá de la existencia de indicación en población adulta. La continuidad terapéutica recomendada, tanto en caso de tratamiento activo (continuado desde la adolescencia) o sin tratamiento activo (adulto diagnosticado de novo o adulto que ha abandonado el tratamiento pautado en la adolescencia) son las recogidas en las figuras 1 y 2.

Las diferencias individuales de cada individuo determinarán la titulación y dosificación de estos fármacos durante la instauración de un tratamiento, por ello, es necesario que el clínico cuente con una buena comprensión de los síntomas y deterioros que causa el TDAH en cada uno de los pacientes.

A título general, la titulación de la dosis óptima suele llevar alrededor de unas 6 semanas. En el caso de la atomoxetina se recomienda una dosis inicial de 40 mg, durante un mínimo de siete días, antes de subir la dosis de acuerdo con la respuesta clínica del paciente y su tolerancia al tratamiento. La dosis de mantenimiento diaria recomendada es de 80 a 100 mg.

Para la continuación de tratamiento con metilfenidato y lisdexanfetamina se recomienda mantener la dosis con la que estaba estable el paciente. Si existen variaciones de peso, debe tenerse en cuenta que la máxima eficacia de metilfenidato se sitúa en dosis en torno a 1 mg/kg. Las dosis de lisdexanfetamina no se verán afectadas por las variaciones del peso, aunque cabe recordar que la dosis máxima será de 70 mg/día.

Los adultos con TDAH a menudo requieren medicación diaria, no siendo posible, en la mayoría de los casos, la interrupción del tratamiento durante los fines de semana. El tratamiento farmacológico debe mantenerse mientras sea clínicamente eficaz y debe revisarse como mínimo anualmente.

## Tolerancia y efectos secundarios

Los fármacos estimulantes y la atomoxetina tienen en general una buena tolerancia en pacientes adultos con TDAH.

Al ser fármacos de actividad dopaminérgica y/o noradrenérgica, pueden incrementar la frecuencia cardiaca y la tensión arterial, en niveles clínicamente no significativos, pero en pacientes con patologías cardiovasculares pueden ser relevantes. Por este motivo se recomienda medir la tensión arterial antes del inicio de tratamiento para descartar una hipertensión arterial no diagnosticada previamente y hacer un seguimiento de la misma durante el tratamiento. La presión

arterial se puede monitorizar fácilmente y no se ha observado prolongación del intervalo QT con ellos. Uno de los mayores estudios observacionales llevados a cabo en psiquiatría no encontró aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares graves (infarto de miocardio, muerte cardiaca o derrame cerebral) en más de 150.000 episodios de tratamiento (recetas dispensadas) en adultos con estimulantes o atomoxetina<sup>(12)</sup>.

Estos fármacos se contraindican en pacientes con hipersensibilidad a las aminas simpaticomiméticas, con el uso concomitante de inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) o en los 14 días posteriores al tratamiento con MAO, enfermedad cardiovascular sintomática (no controlada) o cerebrovascular grave (aneurisma o ictus), glaucoma o en pacientes con feocromocitoma (esto último, no en el caso de lisdexanfetamina). Además, metilfenidato está contraindicado en pacientes con hipertiroidismo o tirotoxicosis y en pacientes con diagnóstico o antecedentes de algunos trastornos psiquiátricos (entre otros depresión grave, manía, esquizofrenia o trastorno bipolar tipo I). Lisdexanfetamina está contraindicada en estados de agitación y en pacientes con hipertensión moderada o grave, o arteriosclerosis avanzada.

Las reacciones adversas de atomoxetina notificadas con mayor frecuencia fueron disminución del apetito, insomnio, cefalea, sequedad de boca y náuseas. Para metilfenidato son insomnio, cefalea, disminución del apetito, pérdida de peso o náuseas. En el caso de lisdexanfetamina, las reacciones adversas más frecuentes son disminución del apetito, insomnio, boca seca, cefalea, disminución de peso y dolor en la parte superior abdominal. Se recomienda revisar las fichas técnicas de los citados fármacos para una mayor información.

Se recomienda completar la información contenida en este capítulo, referente a interacciones, reacciones adversas y contraindicaciones, consultando las fichas técnicas de cada medicamento.

## Bibliografía

1. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. 2008. [Internet] [cited 2014 Jan 5]. Available from: <http://publications.nice.org.uk/attention-deficit-hyperactivity-disorder-cg72>.
2. Ramos-Quiroga JA, Montoya A, Kutzelnigg A, Deberdt W, Sobanski E. Attention deficit hyperactivity disorder in the European adult population: prevalence, disease awareness, and treatment guidelines. *Curr Med Res Opin* 2013 Sep; 29(9):1.093-104. [Internet] [cited 2014 Jan 2]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23742051>.

3. Kooij SJJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry* 2010; 10:67.
4. Ramos-Quiroga JA, Nasillo V, Fernández-Aranda F, Fernández-Arana F, Casas M. Addressing the lack of studies in attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Expert Rev Neurother* 2014; 14:553-67. [Internet]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24738746>.
5. Lichtenstein P, Halldner L, Zetterqvist J, Sjölander A, Serlachius E, Fazel S, et al. Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *N Engl J Med* 2012 Nov; 367(21):2006-14. [Internet] [cited 2013 Dec 17]. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3664186&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
6. Sobanski E, Sabljic D, Alm B, Dittmann RW, Wehmeier PM, Skopp G, et al. Driving performance in adults with ADHD: Results from a randomized, waiting list controlled trial with atomoxetine. *European Psychiatry* 2012.
7. Gobbo MA, Louzā MR. Influence of stimulant and non-stimulant drug treatment on driving performance in patients with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol* 2014. [Internet]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924977X14001746>.
8. Chang Z, Lichtenstein P, D'Onofrio BM, Sjölander A, Larsson H. Serious transport accidents in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effect of medication: a population-based study. *JAMA Psychiatry* 2014; 71:319-25. [Internet]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24477798>.
9. Wilens TE. Effects of methylphenidate on the catecholaminergic system in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2008; 28:S46-S53.
10. Fleckenstein AE, Volz TJ, Riddle EL, Gibb JW, Hanson GR. New insights into the mechanism of action of amphetamines. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2007; 47:681-98.
11. Bymaster FP, Katner JS, Nelson DL, Hemrick-Luecke SK, Threlkeld PG, Heiligenstein JH, et al. Atomoxetine increases extracellular levels of norepinephrine and dopamine in prefrontal cortex of rat: a potential mechanism for efficacy in attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychopharmacology* 2002; 27:699-711.
12. Habel LA, Cooper WO, Sox CM, Chan KA, Fireman BH, Arbogast PG, et al. ADHD medications and risk of serious cardiovascular events in young and middle-aged adults. *JAMA* 2011; 306:2.673-83. [Internet]. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1104778>.

# Tratamientos psicológicos

**Dra. Raquel Vidal Estrada**

*Psicóloga Clínica del Programa de TDAH de Adultos.  
Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona*

## ¿Cuándo es necesario el tratamiento psicológico?

El tratamiento farmacológico es considerado de primera elección para el TDAH en adultos, formando parte de un programa completo de tratamiento que habitualmente incluye medidas psicológicas, educativas y sociales.

No obstante, entre un 20-35 %, de pacientes siguen presentando síntomas significativos a pesar del empleo de psicofármacos<sup>(1)</sup> y entre el 20 y el 50% de los pacientes presentan efectos adversos ante el tratamiento farmacológico <sup>(2)</sup>. Además, existen variables psicológicas del paciente que contribuyen al mantenimiento de algunos síntomas, como las estrategias compensatorias erróneas y pensamientos desadaptativos que desarrollan gran parte de los pacientes<sup>(3)</sup>. La guía NICE recomienda tratamiento psicológico (cognitivo-conductual) en los siguientes casos<sup>(3)</sup>: el paciente ha informado de su decisión de no realizar tratamiento farmacológico<sup>(4)</sup>; el tratamiento farmacológico ha demostrado ineficacia, eficacia parcial o mala respuesta, presentando el paciente síntomas persistentes del trastorno aun tomando medicación<sup>(5)</sup>; el paciente presenta dificultades en aceptar el diagnóstico de TDAH y presenta baja adherencia al tratamiento farmacológico<sup>(6)</sup>; cuando los síntomas del TDAH están remitiendo con la medicación y el tratamiento psicológico se considera suficiente para tratar los síntomas residuales y la repercusión funcional (de leve a moderada).

## ¿Por qué realizar tratamiento psicológico?

El TDAH es un trastorno neurobiológico cuyos déficits suelen llevar a consecuencias emocionales y psicológicas. Es decir, existen variables cognitivas y conductuales que pueden agravar y mantener algunos de los síntomas nucleares del TDAH. Las dificultades propias del TDAH, como la impulsividad/hiperactividad, la inatención y las dificultades de autorregulación emocional, pueden llevar a experiencias de fracaso, bajo rendimiento y problemas interpersonales. Esta historia de fracasos sucesivos, junto al *feedback* negativo que estos pacientes suelen recibir de su entorno, puede hacer que los pacientes con TDAH acaben desarrollando creen-

cias negativas sobre sí mismos y cogniciones desadaptativas. Estos pensamientos acaban generando consecuencias emocionales de culpabilidad, ansiedad, rabia, tristeza, preocupación, baja autoestima, disminución de la motivación y aumento de la conducta de evitación. Estas consecuencias emocionales, junto con los síntomas propios del trastorno, pueden impedir que las personas con TDAH aprendan o apliquen habilidades efectivas para afrontar sus dificultades y pueden desarrollar estrategias compensatorias desadaptativas ante sus síntomas.

El tratamiento psicológico cognitivo-conductual (TCC) del TDAH tiene como objetivo abordar estas variables psicológicas, incluyendo intervenciones conductuales de entrenamiento de estrategias compensatorias ante los síntomas propios del TDAH, así como los síntomas asociados (dificultades del manejo de la rabia, baja tolerancia a la frustración e inestabilidad afectiva), junto con intervenciones cognitivas para tratar distorsiones cognitivas y emociones que repercuten en el funcionamiento del paciente<sup>(4-8)</sup>.

## ¿Cuál es la evidencia empírica de los tratamientos psicológicos?

- **Terapia cognitivo-conductual:** es un tratamiento basado en el aprendizaje de habilidades de afrontamiento para el TDAH que incluye también técnicas de terapia cognitiva para el abordaje de pensamientos disfuncionales. La TCC en combinación con tratamiento farmacológico ha resultado ser más eficaz que solo el tratamiento farmacológico<sup>(5)</sup> o que grupos de relajación<sup>(9)</sup> tanto en la disminución de los síntomas nucleares del TDAH como de síntomas comórbidos de ansiedad y depresión.
- **Terapia metacognitiva:** es un tratamiento enfocado en los déficits de atención y motivación de los pacientes con TDAH. Mantiene semejanzas con algunas de las técnicas que suelen utilizarse en los programas de rehabilitación cognitiva<sup>(10, 11)</sup>. Es un programa de tratamiento que ha resultado ser efectivo para reducir la clínica de inatención<sup>(12, 13)</sup>.
- **Terapia dialéctico-conductual:** los estudios de terapia dialéctico-conductual (TDC) hacen una adaptación del modelo de Linehan para el trastorno límite de personalidad (TLP). La TDC contiene cuatro módulos de tratamiento: módulo de habilidades de conciencia (*mindfulness*), habilidades de tolerancia al malestar, regulación emocional y módulo de habilidades interpersonales. Este programa hace mayor énfasis en los síntomas emocionales y en el manejo de la impulsividad que los progra-

mas descritos anteriormente. Estudios de TDC han demostrado obtener reducciones significativas en los síntomas de TDAH, pero menor eficacia en la disminución de sintomatología comórbida<sup>(14, 15)</sup>.

## Bibliografía

1. Childress AC, Sallee FR. Attention-deficit/hyperactivity disorder with inadequate response to stimulants: approaches to management. *CNS Drugs* 2014; 28:121-9.
2. Wilens TE, Spencer TJ, Biederman J. A review of the pharmacotherapy of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Atten Disord* 2002; 5:189-202.
3. Knouse LE, Safren SA. Current status of cognitive behavioral therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2010 Sep; 33(3):497-509.
4. Mongia M, Hechtman L. Cognitive behavior therapy for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a review of recent randomized controlled trials. *Curr Psychiatry Rep* 2012 Oct 4; 14(5):561-7.
5. Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther* 2005 Jul; 43(7):831-42.
6. Ramsay JR. Current status of cognitive-behavioral therapy as a psychosocial treatment for adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2007 Oct; 9(5):427-33.
7. Ramsay JR, Rostain AL. Adapting Psychotherapy to Meet the Needs of Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychother Theory, Res Pract Train* 2005; 42(1):72-84.
8. Newark PE, Stieglitz R-D. Therapy-relevant factors in adult ADHD from a cognitive behavioural perspective. *Atten Defic Hyperact Disord* 2010 Jun; 2(2):59-72.
9. Safren SA, Sprich S, Mimiaga MJ, Surman C, Knouse L, Groves M, et al. Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *JAMA* 2010 Aug 25; 304(8):875-80.
10. Stevenson CS, Whitmont S, Bornholt L, Livesey D, Stevenson RJ. A cognitive remediation programme for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2002 Oct; 36(5):610-6.
11. Stevenson CS, Stevenson RJ, Whitmont S. A self-directed psychosocial intervention with minimal therapist contact for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Clin Psychol Psychother* 2003 Mar; 10(2):93-101.
12. Solanto MV, Marks DJ, Mitchell KJ, Wasserstein J, Kofman MD. Development of a new psychosocial treatment for adult ADHD. *J Atten Disord* 2008 May; 11(6):728-36.
13. Solanto MV, Marks DJ, Wasserstein J, Mitchell K, Abikoff H, Alvir JM, et al. Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. *Am J Psychiatry* 2010 Aug; 167(8):958-68.

14. Hirvikoski T, Waaler E, Alfredsson J, Pihlgren C, Holmström A, Johnson A, et al. Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: results from a randomized controlled trial. Elsevier Ltd. Behav Res Ther 2011 Mar; 49(3):175-85.
15. Philipsen A, Graf E, Tebartz van Elst L, Jans T, Warnke A, Hesslinger B, et al. Evaluation of the efficacy and effectiveness of a structured disorder tailored psychotherapy in ADHD in adults: study protocol of a randomized controlled multicentre trial. Atten Defic Hyperact Disord 2010 Dec; 2(4):203-12.

# Psicoeducación del TDAH

## **Dra. Raquel Vidal Estrada**

*Psicóloga Clínica del Programa de TDAH de Adultos.  
Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona*

## **Dr. Josep Antoni Ramos-Quiroga**

*Psiquiatra. Coordinador del Programa TDAH.  
Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona*

## **Cuándo realizar psicoeducación**

Antes de iniciar cualquier tratamiento psicológico y/o farmacológico, se recomienda realizar un abordaje psicoeducativo que tiene como objetivo informar al paciente de su trastorno: cuáles son sus síntomas, las causas y los motivos de realizar tratamiento. Un abordaje psicoeducativo puede ayudar a los pacientes a encontrar una explicación a sus síntomas y mejorar la comprensión del trastorno<sup>(1)</sup>. Un mayor conocimiento del trastorno puede aumentar la motivación para el cambio y regular las expectativas en relación a los resultados del tratamiento. Los pacientes que no han sido diagnosticados de TDAH durante la infancia suelen experimentar una historia de fracasos (bajo rendimiento académico, dificultades interpersonales, problemas laborales) que acaban internalizando y autoculpabilizándose por ellos, ya que no lo atribuyen al hecho de tener un trastorno<sup>(2)</sup>. Por este motivo, una mejor comprensión del trastorno y atribución de los fracasos a los propios síntomas del TDAH permitirá disminuir síntomas de culpabilidad y la autoestima se verá menos afectada<sup>(3)</sup>.

La psicoeducación es un abordaje de contenido informativo que ayuda al paciente a entender mejor su trastorno. En este sentido, puede ser un primer paso para posteriormente realizar un tratamiento psicológico realizado por un especialista y enfocado en estrategias cognitivo-conductuales para compensar los déficits del TDAH. En este capítulo se exponen cuáles son los principales puntos a tener en cuenta a la hora de realizar un abordaje psicoeducativo, así como algunas estrategias cognitivo-conductuales que pueden ser de utilidad en el tratamiento del adulto con TDAH. Algunos puntos importantes que debe incluir la psicoeducación son los siguientes:

- Abordar creencias erróneas sobre el TDAH.
- Ayudar al paciente a identificar síntomas del TDAH y diferenciarlos de los rasgos de personalidad propios del paciente.

- Identificar aspectos diagnósticos, causas del trastorno y características clínicas asociadas (búsqueda de sensaciones, inseguridad, baja autoestima).
- Enfatizar también que hay síntomas positivos del TDAH: creatividad, elevada vitalidad, entusiasmo, carácter extrovertido, buena capacidad de improvisación, elevada decisión, buena capacidad de reacción ante situaciones adversas, buen rendimiento en situaciones o tareas orientadas hacia resultados a corto plazo, etc.

## Pautas de organización y planificación

Los pacientes con TDAH presentan problemas de planificación y, a menudo, presentan también creencias erróneas en relación a la planificación; consideran que las personas organizadas son aburridas o rígidas y tienen miedo de perder su espontaneidad y creatividad. Por este motivo, es importante realizar un abordaje cognitivo previo para posteriormente trabajar pautas de organización y planificación. Algunos puntos a destacar en este aspecto son los siguientes:

- Valorar los beneficios que supone un mejor manejo del tiempo y abordar inconvenientes de la improvisación.
- Trabajar el uso de la agenda. Abordar dificultades, como la tendencia a programar más actividades de las realmente posibles.
- Establecer lugar y momento del día para revisar la agenda. Asociar el momento a rutinas habituales (p. ej.: después de tomar la medicación, durante la cena).
- Facilitar la iniciación de tareas mediante visualización de refuerzos.
- Desglosar tareas complejas en pasos más pequeños.
- Priorizar tareas: según urgencia temporal o importancia. Diferenciar priorización de facilidad y motivación.

Respecto a la conducta de dilación, hay que remarcar que los pacientes con TDAH suelen referir diferentes motivos para posponer: necesidad de hacer otras cosas, no saber por dónde empezar o por miedo a la evaluación negativa de los resultados. Los pacientes con TDAH suelen crearse falsas ocupaciones que tienen la función de evitar lo que realmente es prioritario hacer. Es decir, las actividades que realiza el paciente

mientras debería estar haciendo lo prioritario se vuelven más interesantes y atractivas para él. En este sentido, es importante tratar los siguientes aspectos:

- Abordar la conducta de dilación como una conducta de evitación (evitar una actividad frustrante). Informar sobre cómo la evitación incrementa la ansiedad, la sensación de inquietud, la irritabilidad, etc. La conducta de evitación es una conducta con efectos positivos a corto plazo, pero acaba reforzando el pensamiento de “nunca acabo lo que me propongo”.
- Identificar motivos de la conducta de posponer y pensamientos asociados, como considerar que el rendimiento es máximo cuando se aproxima la fecha límite, anticipaciones de fracaso, desinterés por la tarea, necesidad de hacer, dificultad para activarse.
- Focalizar en las consecuencias de posponer, hacer énfasis en las consecuencias a largo plazo.

## Estrategias de manejo de la distracción

En los programas de tratamiento psicológico de mayor evidencia para adultos con TDAH se utilizan dos estrategias de manejo de las distracciones que suelen ayudar a este tipo de pacientes. La primera se trata de que el paciente determine cuánto tiempo es capaz de mantener la atención y ajustar las tareas a su capacidad atencional. El paciente debe medir su capacidad atencional varios días y en distintos momentos cuando realiza alguna actividad que requiera concentración. Si el paciente concluye que puede estar 30 minutos concentrado, deberá programar sus tareas en intervalos de 30 minutos. De esta forma, se busca que el paciente se plantee objetivos más realistas y acordes a su capacidad, ya que si se propone estar más tiempo del que es capaz, muy probablemente no conseguirá el objetivo que se ha marcado, aumentarán los sentimientos de frustración y fracaso y esto conllevará a una mayor conducta de evitación en próximas situaciones.

Otra estrategia que suele ayudar a estos pacientes es la “técnica de aplazamiento de la distracción”. Se trata de que cuando el paciente está realizando una tarea que requiere concentración, vaya apuntando los pensamientos distractores que tiene, ya que a menudo se trata de ideas de cosas a hacer que no son prioritarias. Posteriormente el paciente deberá valorar si aquellas distracciones apuntadas eran asuntos prioritarios o bien tareas que le resultaban más atractivas y eran una forma de evitar realizar lo más prioritario. A algunos pacientes les ayuda realizar esta tarea a nivel de autoinstrucciones: “¿estoy haciendo lo que debería hacer o me estoy distrayendo?, ¿estoy utilizando mis habilidades para manejar el TDAH?, ¿tengo que abandonar lo

que estoy haciendo porque este otro asunto es realmente importante o simplemente porque me resulta más atractivo?, “me ocuparé de esto más tarde, esta no es una tarea prioritaria”.

En resumen, los puntos más importantes a trabajar en el manejo de la distracción son:

- Medir la capacidad atencional y adaptar las tareas a esta.
- Aplazamiento de la distracción.
- Entrenamiento en autoinstrucciones.

## Manejo de la impulsividad

El abordaje cognitivo-conductual de la impulsividad ha demostrado ser el más eficaz en la intervención psicológica para el TDAH. Es importante trabajar la relación que existe entre pensamiento, emoción y conducta. Esta estrategia se puede trabajar mediante autorregistros, donde el paciente apunta situaciones donde ha actuado impulsivamente: debe describir la situación, cómo interpretó la situación (pensamientos), cómo se sintió (emociones: rabia, tristeza, alegría, frustración, etc.). Se trata de una forma de ayudar al paciente a identificar su forma de pensar y cómo esta tiene relación en cómo se siente y finalmente actúa. Esta práctica permite al paciente ser más consciente de cómo la forma de pensar cambia según la situación y el estado de ánimo y le puede permitir poder actuar de una forma más adaptativa. Por otro lado, también puede ser útil ayudar al paciente a analizar una situación donde no actuó impulsivamente (cómo lo consiguió, cómo pudo frenarse, plantearle qué hizo en vez de actuar impulsivamente, cómo cambia la situación si consigue autocontrolarse, etc.). Se trata de una forma de trabajar excepciones e identificar estrategias adaptativas para controlar la impulsividad.

Las estrategias principales a tratar en estos pacientes serían las siguientes:

- Análisis funcional mediante registros: situación-pensamiento-emoción y conducta.
- Trabajar excepciones y estrategias adaptativas de control de la impulsividad.

## Afrontamiento de la rabia

En este punto es importante explicar al paciente que el objetivo es gestionar mejor las emociones, pero no se trata de eliminarlas. Los pacientes con TDAH tienen dificulta-

des de regulación emocional, sobre todo en el manejo de la rabia. Es decir, el objetivo no es eliminar la rabia, sino afrontarla de forma más adaptativa. Es importante tener en cuenta que en los pacientes con TDAH la rabia puede ser un mecanismo de evitación de otras emociones que socialmente son consideradas más “débiles”, como la tristeza. La rabia puede ser reforzadora debido a que proporciona excitación y, por tanto, es una forma de evitar el aburrimiento y la monotonía.

Un primer paso a trabajar con el paciente es aprender a identificar cuáles son los desencadenantes de la rabia. El objetivo es que el paciente aprenda a anticiparse a las propias reacciones y pueda darse cuenta de cuáles suelen ser los desencadenantes tanto internos como externos. Los pacientes con TDAH suelen referir como desencadenantes situaciones donde tienen que esperar, cuando no obtienen lo que desean, cuando algo no sale como a uno le gustaría, etc.

Otro aspecto a tratar es poder detectar pensamientos asociados a la rabia. Es decir, hay determinadas maneras de pensar y de interpretar las situaciones que hacen que aumente la emoción en vez de controlarla. Se pueden poner algunos ejemplos de formas de pensar que aumentan la intensidad de la rabia: tendencia a exagerar la importancia de una pérdida, de algún obstáculo en conseguir objetivos o de las consecuencias de la demora de una gratificación, confundir deseos con necesidades, exigencias o derechos, etc. En este punto es necesario fomentar que el paciente realice atribuciones internas de la rabia, ya que los pacientes con TDAH tendrán más tendencia a atribuir la responsabilidad de cómo se sienten a aspectos externos y a otras personas.

Dado que muchos pacientes presentan dificultades en la aplicación de estrategias cognitivas, otra opción es intervenir en la identificación de señales de alarma de la rabia que tienen un componente más físico. El objetivo es que el paciente aprenda a identificar síntomas físicos o conductuales de la rabia para parar antes de que aumente la intensidad de la emoción y aplicar estrategias de afrontamiento a tiempo. Ejemplos de señales de alarma serían subir el tono de voz, aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración, inquietud, sensación de tensión, etc.

Por lo tanto, las tres estrategias básicas para abordar las dificultades de manejo de la rabia en estos pacientes serían:

- Identificar desencadenantes (situaciones que generan rabia).
- Identificar pensamientos asociados a la rabia.
- Detectar señales de alarma (síntomas físicos y aspectos conductuales).

## Habilidades interpersonales

La mayoría de pacientes con TDAH han tenido experiencias de rechazo, ya que, a pesar de tener un carácter sociable y entusiasta, suelen experimentar sentimientos de soledad y sienten incertidumbre sobre cómo comportarse. A menudo desarrollan estrategias de sobrecompensación de estas dificultades que suelen afrontar siendo muy extrovertidos.

Hay varios factores que dificultan sus relaciones sociales y que hacen que rompan relaciones con facilidad: el sentimiento de ser diferente de los otros, la necesidad de aprobación, la sensibilidad a la crítica, los déficits en el manejo de la rabia y la impulsividad. La forma en que los pacientes se exponen a otros influye en cómo los demás interactúan con ellos. Por esto es importante trabajar con el paciente qué síntomas de los que presenta están influyendo en sus relaciones interpersonales.

Hay algunos aspectos importantes para abordar las dificultades de habilidades interpersonales:

- Relacionar los síntomas del TDAH con la repercusión a nivel de relaciones interpersonales: hablar muy rápido, tono de voz alto, interrumpir, distraerse, perder el hilo de las conversaciones, etc.
- Entrenar en estrategias de comunicación asertiva.
- Abordar el afrontamiento de críticas: diferenciar entre insulto y crítica, así como diferenciar entre crítica negativa y constructiva.

## Bibliografía

1. Vidal R, Bosch R, Nogueira M, Gómez-Barros N, Valero S, Palomar G, et al. Psychoeducation for adults with attention deficit hyperactivity disorder vs. cognitive behavioral group therapy: a randomized controlled pilot study. *J Nerv Ment Dis* 2013 Oct; 201(10):894-900.
2. Young S, Bramham J, Gray K, Rose E. The experience of receiving a diagnosis and treatment of ADHD in adulthood: a qualitative study of clinically referred patients using interpretative phenomenological analysis. *J Atten Disord* 2008 Jan; 11(4):493-503.
3. Bramham J, Young S, Bickerdike A, Spain D, McCartan D, Xenitidis K. Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *J Atten Disord* 2009 Mar; 12(5):434-41.

# El TDAH en adultos en Atención Primaria

**Dr. Enric Aragonès Benaiges**

*Médico de Familia. Centro de Atención Primaria de Constantí, Tarragona. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol, Barcelona*

## La Atención Primaria y la salud mental

En general, está bien asumido que la atención a los principales problemas de salud mental presentes en la población, p. ej.: los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad o los trastornos por consumo de sustancias, debe ser una tarea asumida principalmente en la Atención Primaria de Salud, por ser este el ámbito asistencial donde estos problemas pueden manejarse de forma más eficiente y equitativa<sup>(1)</sup>. Además, existen evidencias de que la implantación de programas o de modelos de colaboración asistencial de la Atención Primaria con el nivel psiquiátrico especializado pueden contribuir a una prestación de servicios más eficiente<sup>(2)</sup>.

El papel de la Atención Primaria en el manejo de otros trastornos mentales menos frecuentes –aunque no por ello ajenos al día a día asistencial–, como los trastornos de personalidad, el trastorno bipolar o el TDAH, no está tan bien establecido<sup>(3-6)</sup>. A pesar de esto, diversos autores consideran que la Atención Primaria puede ser un lugar donde se puede mejorar la detección y la atención a los pacientes adultos con TDAH<sup>(7, 8)</sup>, y algunas características de este nivel asistencial, como la accesibilidad o la longitudinalidad en la asistencia, pueden ofrecer ventajas para este objetivo.

La Atención Primaria es un dispositivo asistencial extraordinariamente accesible para la población general, con apenas obstáculos o filtros –ni geográficos ni administrativos–, para que cualquier individuo de la población general acuda a su médico<sup>(9)</sup>. De hecho, la mayor parte de las personas contactan con su médico de familia en algún momento, y esto sucede muy especialmente en aquellos con problemas de salud mental. La presencia de malestar psicológico es un factor que, por diversos mecanismos, promueve y facilita que los individuos contacten con los servicios sanitarios, principalmente con la Atención Primaria<sup>(10)</sup>. No obstante, los síntomas de naturaleza psicológica o las demandas del paciente en este sentido muchas veces no son explícitas<sup>(11)</sup> y subyacen detrás de síntomas de naturaleza somática –a menudo síntomas físicos inespecíficos sin una causa orgánica clara– o

situaciones de mal control o mala evolución de enfermedades orgánicas crónicas presentes en el paciente.

Otra característica relevante de la Atención Primaria es su carácter longitudinal<sup>(12)</sup>. La longitudinalidad se entiende como la relación mantenida a lo largo del tiempo entre el médico de familia y el paciente –y su familia– y la identificación por el paciente de su médico como fuente de la mayoría de cuidados. La longitudinalidad permite un buen conocimiento por parte del médico del paciente en su entorno, y de sus problemas de salud a lo largo de los años. Esto representa una fuente de información valiosa para detectar situaciones en las que establecer una sospecha diagnóstica que aumente el rendimiento y la utilidad de las pruebas diagnósticas (al aumentar la probabilidad pretest). Asimismo, la longitudinalidad es un elemento clave para asegurar la adecuación de los tratamientos –especialmente los tratamientos crónicos– a las características del paciente (preferencias personales, comorbilidad, polifarmacia...) y para establecer estrategias que aseguren la continuidad y la adherencia a los planes terapéuticos.

## El TDAH

El TDAH se inicia en la infancia y tiene un curso crónico. Consiste en una marcada dificultad para mantener la atención y/o una excesiva hiperactividad e impulsividad, y esto se asocia a dificultades relevantes en los ámbitos familiar, social, académico o laboral<sup>(13)</sup>. Inicialmente se había descrito como un cuadro clínico propio de la infancia y de la adolescencia, pero actualmente se sabe que los síntomas y el impacto funcional del TDAH no siempre desaparecen al pasar a la edad adulta, y se ha comprobado que el trastorno puede persistir en más de la mitad de los casos<sup>(14)</sup>, asociándose a un impacto importante en términos clínicos, funcionales y de calidad de vida<sup>(15)</sup>.

Un estudio epidemiológico internacional realizado en muestras representativas de la población general de 18 a 44 años en 10 países de Europa, América y Oriente Próximo reportó una prevalencia global del TDAH en adultos del 3,4%, siendo la prevalencia en la muestra española del 1,2%<sup>(16)</sup>. Llama la atención que, según estos datos, la prevalencia del TDAH en adultos no es en absoluto irrelevante y se sitúa en una magnitud similar a la prevalencia de otros trastornos presentes en la cotidianidad del médico de familia, p. ej.: el asma<sup>(17)</sup>. Pero mientras el asma es una enfermedad bien conocida por los médicos de familia y un trastorno habitualmente manejado en las consultas de medicina general, el TDAH es un trastorno prácticamente “invisible” en la Atención Primaria. En un estudio que utilizaba la información de las bases de datos informatizadas de las historias clínicas de Atención Primaria en Cataluña se constató que la prevalencia de TDAH registrado era de un 0,04%<sup>(3)</sup>. El contraste de estos da-

tos con las estimaciones de prevalencia poblacional es evidente: la prevalencia del TDAH registrado es 1/85 de la prevalencia poblacional global o 1/30 de la prevalencia para la muestra española reportada por Fayyad *et al.*(16). La proporción de individuos adultos que reciben un tratamiento farmacológico para el TDAH se situaba asimismo en una franja similar y muy alejada de la prevalencia poblacional estimada para este trastorno. Estos datos concuerdan con otros estudios que señalan que la mayoría de los pacientes adultos con TDAH no están diagnosticados(18) y permanecen ajenos a los potenciales beneficios de una intervención terapéutica.

## ¿Cuál es la presentación clínica de los adultos con TDAH en Atención Primaria?

El TDAH en adultos es aún un tema poco conocido por la población general y es raro que un paciente acuda a su médico de Atención Primaria y refiera que sospecha que sufre un TDAH, o que piense que sus síntomas y dificultades puedan estar asociados a este trastorno. Sin embargo, parece ser que la mayor parte de los individuos diagnosticados de TDAH en la edad adulta lo han sido por este procedimiento: el autodiagnóstico(8). La carga familiar del TDAH es importante y los padres y los hermanos de un niño con TDAH tienen más posibilidades de estar afectados por el trastorno. Es frecuente que el diagnóstico de TDAH en un miembro de la familia dé lugar al afloramiento de nuevos casos en el ámbito familiar, p. ej.: es típica la situación de padres que se reconocen en los patrones de conducta y cuadros sintomáticos que dan lugar al diagnóstico de TDAH en su hijo, y a partir de ello se realiza su diagnóstico. La existencia de un diagnóstico de TDAH en un miembro de la familia debería constituir un indicador para que el médico considere o descarte la posibilidad del diagnóstico en otros familiares.

Es más frecuente la situación en que los pacientes afectados no reconocen el problema o en la que ni siquiera son conscientes que existe un problema que puede beneficiarse de un abordaje médico. Como el TDAH se inicia en la infancia temprana, muchos pacientes ven los síntomas y las alteraciones conductuales que forman parte del cuadro clínico del TDAH como parte de su “manera de ser” aun cuando estas alteraciones y síntomas ocasionen dificultades importantes en diversas áreas de su vida. La detección del TDAH en esta situación es complicada, especialmente si el médico no tiene un conocimiento suficiente sobre el trastorno, o si ni siquiera considera la posibilidad de que pueda existir un TDAH en un paciente adulto.

Existen situaciones en que los síntomas del TDAH en el adulto pueden hacerse más evidentes o causar mayor impacto. Un joven con TDAH puede estar relativamente compensado mientras vive con sus padres en un ámbito familiar estructurado en el que

las rutinas están bien establecidas y los padres pueden suplir las deficiencias y ayudar a minimizar los problemas derivados de los olvidos y de la mala organización, pero cuando se producen cambios en la dinámica de la familia o, especialmente, cuando el joven se emancipa y establece relaciones interpersonales o accede a situaciones vitales más complejas (p. ej.: la universidad, el matrimonio, la paternidad, las obligaciones económicas), pueden hacer que el adulto con TDAH que anteriormente había sido capaz de mantenerse estable pueda empezar a mostrar signos de deterioro funcional y síntomas del trastorno. Los médicos de familia suelen conocer a sus pacientes a lo largo del tiempo, a su familia y a su entorno, y esto representa una situación idónea para reconocer algunos comportamientos o cambios que pueden indicar o hacer sospechar la presencia de TDAH y que deberían ser adecuadamente valorados.

## La comorbilidad y el solapamiento de síntomas

Existe un alto grado de comorbilidad del TDAH con otros trastornos mentales. Según un estudio epidemiológico en una muestra de población general adulta en los Estados Unidos<sup>(19)</sup>, un 9,4% de los individuos con depresión mayor o un 22,6% de los adultos con distimia tienen un TDAH comórbido, el 11-12% de los adultos con trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de pánico también tendrían TDAH y en el caso de los trastornos por abuso de sustancias el 10% de los pacientes afectados cumplirían los criterios de TDAH –especialmente los individuos con dependencia de drogas ilegales, grupo en el que la prevalencia de TDAH se elevaría al 25,4%<sup>(19)</sup>-. Es frecuente, por tanto, que los pacientes adultos con un TDAH no diagnosticado sean atendidos por su médico por depresión, por síntomas de ansiedad, por ataques de pánico, o por problemas derivados del abuso de sustancias, y que estos diagnósticos más usuales y conocidos por los médicos de familia se prioricen y prevalezcan sobre el del TDAH.

Una dificultad añadida para el diagnóstico del TDAH es la inespecificidad de las manifestaciones clínicas. Los síntomas que definen el cuadro clínico del TDAH pueden solaparse con los de otros trastornos mentales comórbidos, p. ej.: las dificultades para mantener la concentración o la inquietud psicomotriz, así como las dificultades en el ámbito social o en el ámbito laboral, habituales manifestaciones del TDAH, pueden formar parte del cuadro clínico de un trastorno depresivo o de un trastorno de ansiedad generalizada. Sin embargo, no todos los síntomas son compartidos: la facilidad para perder cosas, los olvidos, las dificultades para finalizar tareas empezadas, o las dificultades para organizar tareas o actividades serían características más representativas del TDAH, mientras que la fatiga, la falta de energía, la desesperanza o los sentimientos de culpa serían síntomas más propios de un cuadro depresivo.

A la hora de orientar una eventual sospecha diagnóstica hacia el TDAH es elemental determinar si estos síntomas existen desde la infancia. También investigar si las dificultades de concentración y atención preceden o siguen al inicio de los síntomas afectivos o de ansiedad. Las dificultades de concentración, la mala memoria o una incapacidad para mantener la atención de aparición reciente no sugerirían un diagnóstico de TDAH.

El abuso de sustancias puede representar un mecanismo –análogo a la automedicación– para atenuar algunos síntomas, como el déficit de atención o la inquietud, pero también los síntomas de ansiedad o los problemas del estado de ánimo. Al mismo tiempo, el consumo de sustancias psicotrópicas también puede confundir el diagnóstico, porque los efectos de este consumo, las manifestaciones de una conducta de dependencia o los síntomas de abstinencia pueden imitar algunos síntomas del TDAH. Por tanto, ante una situación de abuso de sustancias en que se constaten dificultades en la concentración, de memoria o inquietud psicomotriz cabe considerar un eventual TDAH y, en todo caso, investigar la relación temporal de estos síntomas con el consumo de sustancias. Una vez más se requiere una historia de la infancia de los síntomas del TDAH para hacer el diagnóstico en los adultos.

## Cribado para el TDAH en Atención Primaria

Para facilitar la detección de este trastorno fuera del ámbito más especializado la Organización Mundial de la Salud promovió la creación del *Adult ADHD Self-Report Scale* (ASRS)<sup>(20)</sup>, un cuestionario sencillo para el cribado del TDAH. Consta de seis ítems, cuatro evalúan síntomas de inatención y los dos restantes síntomas de hiperactividad. Cada ítem se puntúa según la presencia del síntoma en los últimos 6 meses, desde “nunca” a “muy a menudo”. La puntuación total tiene un rango de 0 a 24 puntos. La versión española de este test<sup>(21)</sup> ha sido evaluada y validada en pacientes ambulatorios de un servicio de psiquiatría<sup>(22)</sup>, pero se dispone de poca información sobre su funcionamiento en población general o en Atención Primaria<sup>(4)</sup>. Los autores de la validación recomiendan un punto de corte de 12 puntos, en el que las propiedades psicométricas frente al diagnóstico clínico estandarizado (DSM-IV) fueron: sensibilidad 96,7%, especificidad 91,1% y un área bajo la curva de 0,94<sup>(22)</sup>. Otro modo de puntuar el test es valorando cada ítem de forma dicotómica y considerando el test positivo si un mínimo de cuatro de los seis ítems son positivos.

Cabe subrayar que este instrumento es una prueba de cribado y no establece el diagnóstico de TDAH, sino una “sospecha diagnóstica” que debería ser confirmada o descartada mediante una evaluación clínica más exhaustiva. Por otra parte, no existe evidencia científica que nos oriente sobre cuál es la población diana

más adecuada y la estrategia de cribado más eficiente, ni se han investigado los eventuales efectos no deseados que un cribado sistemático del TDAH en Atención Primaria podría ocasionar (p. ej.: sobrediagnóstico, exceso de derivaciones hacia los servicios de psiquiatría, sobretratamiento, banalización del trastorno...). Parece razonable que el cribado se realice solamente en aquellos pacientes cuyas características y manifestaciones clínicas se asocian a una mayor probabilidad pretest (historia familiar, síntomas sugestivos, inicio de los problemas en la infancia, comorbilidad...), con lo que el rendimiento y la eficiencia de la prueba serán más altos.

Cabe tener en cuenta que los síntomas que explora el ASRS, o incluso los criterios que definen el TDAH, son características que pueden formar parte de la normalidad (un individuo sano puede ser desorganizado, olvidadizo, inquieto...) y que determinar si una característica constituye un síntoma o no, requerirá de una evaluación precisa de su intensidad, de su evolución, de la frecuencia con que se presenta y del impacto funcional que ello causa en el paciente. Los individuos atendidos en una consulta de psiquiatría representan una población que ha debido pasar por diversos "filtros" y, por tanto, implícitamente seleccionada por criterios de gravedad, de repercusión funcional, de conciencia de tener una enfermedad o un problema que debe ser tratado, etc.<sup>(23)</sup>. Sin embargo, los pacientes de Atención Primaria constituyen una población poco seleccionada, donde los mismos síntomas y criterios pueden funcionar de forma diferente y ser menos específicos que en ámbitos más especializados. Para determinar su relevancia y significado clínico, en Atención Primaria cobra especial importancia evaluar las repercusiones funcionales que los síntomas ocasionan en diferentes áreas de la vida del paciente.

## La transición de la adolescencia a la edad adulta

En nuestro sistema de Atención Primaria la transición de la atención pediátrica a la atención de adultos por parte del médico de familia tiene lugar administrativamente a los 15 años. Seguramente la mayor parte de los pacientes jóvenes y adultos con el diagnóstico de TDAH que podemos encontrar en las consultas de Atención Primaria son individuos diagnosticados y tratados desde la infancia y cuyos síntomas persisten al pasar a la edad adulta y en los que se ha mantenido la indicación del tratamiento.

Por otra parte, el límite de edad de los pacientes atendidos en los servicios de psiquiatría infanto-juvenil en nuestro país se sitúa a los 18 años, a partir de los cuales la asistencia corresponde a los dispositivos de psiquiatría de adultos. Este "desfase" respecto a la edad de transición en Atención Primaria debería permitir –con una adecuada coordinación– un cambio gradual en los profesionales y dispositivos

asistenciales que atienden al paciente con TDAH que pueda prevenir una discontinuidad en la atención.

Sin embargo, cabe tener en cuenta qué factores extrasanitarios relacionados con las propias características de esta etapa vital pueden dificultar la adherencia y la continuidad a los planes terapéuticos: son muchos los adolescentes y jóvenes que abandonan el tratamiento y el seguimiento médico entre los 15 y los 20 años. Las dificultades para la continuidad del tratamiento tienen que ver con la necesidad de independencia, la falta de conciencia o de reconocimiento de los síntomas propios –o incluso en la negación activa del problema– y la reticencia a reconocer y asumir que uno está afectado por un trastorno crónico que requiere un tratamiento a largo plazo.

Este es un periodo crítico de la vida en el que se suelen realizar elecciones que pueden tener un efecto relevante en el resto de la vida de las personas, tanto a nivel académico o profesional, como en el ámbito de las relaciones interpersonales. Cuando el TDAH persiste más allá de la adolescencia pueden emerger complicaciones cuyo impacto y repercusiones serán relevantes y duraderos, como el no alcanzar los objetivos académicos o profesionales a que uno podía aspirar, las complicaciones en el ámbito de la pareja o la familia, el abuso de sustancias, los accidentes de tráfico y los problemas legales. Asegurar una continuidad en el tratamiento –cuando está indicado– y en el seguimiento médico puede reducir significativamente la probabilidad de que estas complicaciones ocurran. Por tanto, es necesario que el médico de familia tenga conciencia de esta situación, así como los conocimientos y habilidades básicas para orientar adecuadamente el tratamiento y el manejo clínico general de estos pacientes. Y que esto sea facilitado por los mecanismos de coordinación entre la Atención Primaria y los dispositivos psiquiátricos especializados.

## Manejo clínico por el médico de familia

Existe poca evidencia derivada de estudios científicos sobre el manejo clínico del TDAH en adultos y esta carencia es aún más acentuada si nos referimos al eventual papel de la Atención Primaria en este cometido. Sin embargo, parece razonable esperar beneficios de un abordaje integrado que incluya psicoeducación del paciente respecto a su trastorno, con orientaciones para mantener su autoestima y pautas de conducta y automanejo, una adecuada gestión de la medicación y de la adherencia al tratamiento, y todo ello en el marco de una adecuada coordinación entre la Atención Primaria y el nivel psiquiátrico especializado.

La educación sanitaria debe ayudar al paciente a reconocer y asumir que el TDAH es una situación patológica y que, como tal, puede y debe ser tratada –incluso con medicación cuando está indicada–. Esta explicación debe ayudar también a minimizar el estigma asociado a la enfermedad mental y al TDAH en particular. Conocer qué es el TDAH y cuáles son sus síntomas y dificultades asociadas puede ayudar al paciente a reconocerse en ellos y a comprender y contextualizar mejor lo que le sucede.

Una complicación frecuente en el TDAH es una baja autoestima, derivada de las dificultades crónicas con los estudios, con el trabajo, con las relaciones interpersonales, etc. Existen técnicas sencillas para mantener y promover la autoestima y la autoconfianza que incluyen el planteamiento de objetivos asequibles, el reconocimiento de los logros y el control de pensamientos negativos hacia uno mismo.

Para los pacientes con TDAH es útil ayudar a establecer pautas conductuales y mecanismos que ayuden a minimizar las dificultades asociadas al TDAH, facilitando la autonomía y la capacidad del paciente para manejarse lo mejor posible con sus dificultades. Esto puede incluir pautas de organización en las actividades diarias, uso de agendas, listas y recordatorios. Establecer objetivos claros y asequibles a corto plazo –incluso dividiendo siempre las tareas complejas en pequeños pasos– facilita la consecución de estos objetivos y la satisfacción por los logros.

La intervención psicoeducativa debería incluir a la familia. En primer lugar, reconociendo el sufrimiento y los problemas en el ámbito familiar derivados del TDAH en uno de sus miembros y facilitando habilidades de afrontamiento y, en segundo lugar, consiguiendo su implicación en el apoyo al paciente y en las estrategias de soporte comentadas antes (organización familiar, recordatorios...).

Para muchos pacientes adultos con síntomas leves y estrategias de compensación efectivas un apoyo psicoeducativo como el descrito puede ser suficiente, pero en casos con síntomas más intensos, con repercusiones funcionales relevantes o con incapacidad del paciente para desarrollar estrategias efectivas para el afrontamiento y la gestión de las dificultades, cabe considerar un tratamiento más activo, incluyendo intervenciones psicológicas o medicación<sup>(24, 25)</sup>, cuya responsabilidad en la indicación y en el manejo recaerá en el ámbito psiquiátrico. El papel del médico de Atención Primaria, especialmente en el caso de que el paciente reciba un tratamiento farmacológico de carácter crónico, incluiría el manejo de la continuidad en los planes terapéuticos, monitorizando y promoviendo la adherencia al tratamiento, así como evitando discontinuidades en el seguimiento por parte de los servicios de psiquiatría.

## La atención compartida entre Atención Primaria y psiquiatría

A menudo el manejo del paciente con TDAH superará los conocimientos, las habilidades o las responsabilidades que en la cartera de servicios se atribuyen al médico de Atención Primaria –en el diagnóstico, en el tratamiento, en el manejo de la comorbilidad...– y, en tal caso, debe realizarse una derivación al nivel psiquiátrico especializado.

Una derivación eficiente y de calidad debe responder a un objetivo concreto que debe ser explícito, conocido y acordado por el médico y por el paciente. El paciente debe saber por qué y para qué su médico de familia lo deriva a otro profesional. Y el médico también debe saber qué espera de esta derivación.

Muchas veces los pacientes son reticentes –explícitamente o tácitamente– a una derivación a psiquiatría. Hace falta que el médico informe adecuadamente de la necesidad de la derivación y que escuche también la opinión y los argumentos del paciente, y sus eventuales resistencias. En un estilo de “atención centrada en el paciente” deben respetarse las elecciones del paciente, incluso una negativa a la derivación –por otra parte, tramitar una derivación a psiquiatría sin el acuerdo del paciente suele acabar en una cita fallida por no comparecencia–. En los casos frecuentes en que el paciente no acepte una derivación indicada por su médico, ello no da lugar a un cese en la responsabilidad del médico de cabecera, quien debe observar la evolución del paciente y trabajar más en preparar la derivación, p. ej.: dando información y argumentos, escuchando las opiniones o las reticencias del paciente y dejando la “puerta abierta” para más adelante.

En cualquier caso, tampoco la derivación de un paciente a psiquiatría significa que se extinga la responsabilidad del médico general sobre su paciente, a quien deberá seguir atendiendo por cualquier otro problema de salud y, habida cuenta del carácter crónico del TDAH, también participando en diversos aspectos relevantes del manejo clínico del TDAH: psicoeducación, apoyo a la familia, adherencia al tratamiento, etc. El psiquiatra, por su parte, debe conocer y utilizar esta potencialidad del médico de familia y del nivel de la Atención Primaria en general y utilizarla en beneficio del paciente en una “atención compartida” racional y eficiente.

Se ha reclamado determinar el papel de los diversos profesionales y niveles asistenciales en la atención al TDAH<sup>(26)</sup> –tan necesario en adultos como también en niños y jóvenes– y protocolizar adecuadamente la coordinación interprofesional para un mejor funcionamiento de los servicios sanitarios. Establecer este panorama “deseable” de atención compartida tiene dificultades –no insalvables–. Por una parte, existe el ya comentado amplio desconocimiento por parte de los médicos de familia de las

particularidades del TDAH en adultos, así como el escaso hábito en su manejo clínico, con lo que el papel potencial que pueden ejercer con sus pacientes con TDAH queda limitado y condicionado a que estos profesionales puedan –podamos– formarse y adquirir estas habilidades, y que la estructura sanitaria facilite que puedan ejercerse.

Por otra parte, también existe un cierto desconocimiento y una amplia variabilidad en cuanto al tipo, características y calidad de la atención clínica que se da a los pacientes adultos con TDAH por parte de los diferentes profesionales y dispositivos de atención psiquiátrica especializada, no siempre ajenos a la controversia que sitúa el TDAH en una órbita diferente a la de otros trastornos mentales<sup>(27)</sup>. Este es un tema no resuelto que puede comprometer los intentos de establecer estructuras y procedimientos de coordinación homogéneos entre Atención Primaria y psiquiatría en relación a la atención clínica a los adultos con TDAH. La futura disponibilidad de directrices y guías de práctica clínica que contemplen los papeles de los diferentes niveles asistenciales, así como programas de formación médica continuada con amplia difusión sobre este tema ayudarán a encarrilar esta situación, sin duda.

## Corolario

La Atención Primaria tiene un papel fundamental y bien definido en la atención a los problemas de salud mental más comunes en la población, y probablemente también pueda ejercer un papel relevante y beneficioso para los pacientes en el manejo clínico de los adultos con TDAH, por más que actualmente el TDAH es casi completamente ajeno a las actividades del médico de Atención Primaria.

El rol que la Atención Primaria puede desarrollar en relación al TDAH en adultos incluye la detección de los posibles casos no diagnosticados, valorando la presencia de síntomas sugestivos u otros indicadores clínicos, como la comorbilidad o los antecedentes familiares. También gestionando adecuadamente la atención a los individuos diagnosticados desde la infancia y vigilando su evolución en la adolescencia y en la edad adulta.

El tratamiento activo del TDAH recae en el nivel psiquiátrico, pero desde la Atención Primaria se puede ejercer una tarea muy relevante en la psicoeducación del paciente y su familia y en el apoyo a la adherencia y a la continuidad de los planes de tratamiento.

Todo ello será posible con una adecuada formación continuada de todos los profesionales involucrados y una estructura organizativa y asistencial que permita la coordinación y la atención compartida entre Atención Primaria y psiquiatría.

Finalmente, remarcar que la evidencia científica que puede ayudar a determinar el papel idóneo de la Atención Primaria en la detección o en el manejo clínico del TDAH en pacientes adultos es escasa y que esta es un área de investigación que debería explorarse.

## Bibliografía

1. Funk M, Ibvijaro G (eds.). Integrating mental health into primary care. A global perspective. Geneve: WHO Press, 2008.
2. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Oct 17; 10:CD006525.
3. Aragonès E, Piñol JL, Ramos-Quiroga JA, López-Cortacans G, Caballero A, Bosch R. Prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en personas adultas según el registro de las historias clínicas informatizadas de Atención Primaria. *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84:417-22.
4. Aragonès E, Cañisá A, Caballero A, Piñol-Moreno JL. Cribado para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad en pacientes adultos de Atención Primaria. *Rev Neurol* 2013; 56:449-55.
5. Aragonès E, Salvador-Carulla L, López-Muntaner J, Ferrer M, Piñol JL. Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gac Sanit* 2013; 27:171-4.
6. Aragonès E, López-Rodríguez JA, Escobar-Rabadán F, Téllez-Lapeira J, Mínguez J, Párraga I, et al. Cribado del trastorno bipolar en pacientes de Atención Primaria Aten Primaria 2014. DOI: 10.1016/j.aprim.2014.05.009.
7. Ramos-Quiroga JA, Casas Brugué M. ¿Prestamos suficiente atención al déficit de atención con hiperactividad en adultos? *Aten Primaria* 2009; 41:67-8.
8. Culppepper L, Mattingly G. Challenges in identifying and managing attention-deficit/hyperactivity disorder in adults in the primary care setting: a review of the literature. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2010; 12(6).
9. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. London: Oxford University Press, 1998.
10. Bellón JA, Delgado-Sánchez A, De Dios Luna J, Lardelli-Claret P. Patient psychosocial factors and primary care consultation: a cohort study. *Fam Pract* 2007; 24:562-9.
11. Aragonès E, Labad A, Piñol JL, Lucena C, Alonso Y. Somatized depression in primary care attenders. *J Psychosom Res* 2005; 58:145-51.
12. Gervás J, Pérez Fernández M, Sánchez Sánchez RJ. Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit* 2012; 26(Suppl. 1):52-6.
13. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. *JAMA* 2004; 292:619-23.
14. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 2006; 36:159-65.

15. Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, Aleardi M. Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:524-40.
16. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demeyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2007; 190:402-9.
17. Demoly P, Paggiaro P, Plaza V, Bolge SC, Kannan H, Sohler B, et al. Prevalence of asthma control among adults in France, Germany, Italy, Spain and the UK. *Eur Respir Rev* 2009; 18(112):105-12.
18. Asherson P, Akehurst R, Kooij JJ, Huss M, Beusterien K, Sasané R, et al. Under diagnosis of adult ADHD: cultural influences and societal burden. *J Atten Disord* 2012; 16(5 Suppl.):205-38S.
19. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163:716-23.
20. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 2005; 35:245-56.
21. Cuestionario autoinformado de cribado del TDAH (trastorno por déficit de atención/hiperactividad) del adulto-V1.1 (ASRS-V1.1) de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la OMS. Disponible en: <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpdir/adhd/6Q-Spanish-Spain.pdf>.
22. Ramos-Quiroga JA, Daigre C, Valero S, Bosch R, Gómez-Barros N, Nogueira M, et al. Validación al español de la escala de cribado del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos (ASRS v. 1.1): una nueva estrategia de puntuación. *Rev Neurol* 2009; 48:449-52.
23. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ* 2005; 330:839-42.
24. Knouse LE, Cooper-Vince C, Sprich S, Safren SA. Recent developments in the psychosocial treatment of adult ADHD. *Expert Rev Neurother* 2008; 8:1537-48.
25. Tcheremissine OV, Salazar JO. Pharmacotherapy of adult attention deficit/hyperactivity disorder: review of evidence-based practices and future directions. *Expert Opin Pharmacother* 2008; 9:1299-310.
26. Lasa-Zulueta A, Jorquera-Cuevas C. Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA No 2007/09.
27. Quintero J, Balanzá-Martínez V, Correas J, Soler B, Grupo GEDA-A5. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the adult patients: view of the clinician. *Actas Esp Psiquiatr* 2013; 41:185-95.

## Test de evaluación para acreditación

pautas de actuación y seguimiento en TDAH en el paciente adulto es una actividad de formación continuada y acreditada. Para poder evaluarse y optar al diploma acreditativo deberá dirigirse al Campus Virtual de la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial, web:

**<http://formacion.ffomc.org>**

La evaluación se compone de 35 preguntas tipo test con 5 opciones de respuesta, siendo una de ellas la válida. El criterio de evaluación exigido para obtener los créditos correspondientes será el 80% de respuestas correctas.

Para poder realizar una correcta evaluación del beneficio-riesgo de los tratamientos farmacológicos, aconsejamos a los profesionales que consulten la información sobre las alertas, notas informativas y de seguridad que emite la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), disponible en el siguiente enlace:

**<http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/portada/home.htm>**

