

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en el adulto

Daniel Martín Fernández-Mayoralas y Alberto Fernández Jaén

Resumen

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un trastorno neurobiológico frecuente en la edad pediátrica y en el adulto. Sus síntomas cardinales involucran la atención y/o la impulsividad y/o la hiperactividad. El grado en el que están presentes esos tres síntomas conforman los distintos subtipos de TDAH. El desajuste social, personal y/o familiar, así como el laboral, son necesarios para su tipificación en los adultos y dependerá, entre otros factores, de la gravedad sintomática y la detección y abordaje tempranos del trastorno. La detección precoz mejora el pronóstico y reduce la morbilidad. Existen distintas alternativas terapéuticas con efectividad elevada. El presente artículo desarrolla las bases teóricas y prácticas necesarias para un adecuado enfoque del TDAH en el adulto y analiza las distintas opciones terapéuticas existentes.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. TDAH. Adulto. Atomoxetina. Lisdexanfetamina. Metilfenidato.

Abstract

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurobiological disorder frequent in childhood and adulthood. The main symptoms are attention disorder and/or impulsivity and/or hyperactivity. There are different subtypes of ADHD according to the degree of presence of these three symptoms. The social, personal, family and occupational disruption observed in these patients are necessary for classification and depends on clinical severity, early and adequate diagnosis and treatment. The early detection improves the prognosis and reduces morbidity. There are different therapeutic approaches with high proved effectiveness. This current article develops the theoretical and practical bases for an appropriate approach of adult ADHD and an assessment of the different treatment options.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. ADHD. Adult. Atomoxetine. Lisdexamfetamine. Methylphenidate.

INTRODUCCIÓN

«Tengo 33 años y hace menos de un año me diagnosticaron TDAH. De pequeña era la típica chica a la que le costaba prestar atención en clase: pese a que me esforzaba, no lograba obtener resultados. En mi vida cotidiana, esta falta de atención también me pasaba factura: no conseguía seguir el hilo de las películas al igual que cuando intentaba leer algún libro. En las reuniones sociales me ausentaba y no formaba parte de las conversaciones. En el aspecto laboral, después de conseguir obtener

un título de técnico superior con mucho esfuerzo, encontré trabajo en mi sector. Pero de nuevo volví a notar que me costaba más que al resto aprender los nuevos procedimientos y tareas. Todo esto provocó que tuviera muchas inseguridades y baja autoestima. Desde hace seis meses estoy recibiendo un tratamiento para mi TDAH. He notado una mayor facilidad para concentrarme y soy más consciente de lo que pasa a mi alrededor. Soy una persona más organizada, me interesan más las cosas y tengo más seguridad en mí misma. El tratamiento me ha cambiado la vida en todos los ámbitos».

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuente, tanto en niños como en adolescentes y adultos^{1,2}. El concepto «neurodesarrollo» señala la importancia de la neurobiología subyacente y el carácter evolutivo del trastorno^{3,4}. Sin embargo, el TDAH se consideraba hasta hace poco un trastorno básicamente infantil y el diagnóstico del TDAH del adulto (TDAH-A) era muy controvertido, hasta que los estudios de seguimiento a largo plazo revelaron que un 40-60% de los TDAH diagnosticados en la edad pediátrica persisten durante la edad adulta^{2,4-7}. Cerca de un 15% mantendrá el diagnóstico completo⁸ y un 50% lo hará en remisión parcial² pero con repercusión funcional⁴.

El TDAH se caracteriza por la presencia de un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad e impulsividad^{4,9,10}. Estos síntomas, llamados «centrales», se presentan durante al menos seis meses y producen disfunción en diversos ámbitos y circunstancias de la vida. Se considera, por lo tanto, un trastorno crónico que se inicia en la infancia y, contrariamente a lo que se solía considerar hasta hace un par de décadas, los síntomas y el impacto funcional del TDAH no siempre desaparecen al pasar a la edad adulta¹⁰; más aún, la persistencia del cuadro en los adultos es elevada^{4,10,11}, aunque los síntomas van cambiando con la edad⁴. Se trata de un trastorno más frecuente en varones⁸, infradiagnosticado^{8,12} y escasamente tratado⁴, ya que solo algo más de una décima parte de los casos de TDAH-A reciben ayuda terapéutica^{10,11}.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia en niños y adolescentes se estima en torno al 4-7% y sobre un 2-4% entre los 18 y los 44 años^{4,8,10,11}. En adultos, la prevalencia es menor en países de bajos ingresos (2%) en comparación con países de mayores ingresos (4%), lo que probablemente se debe a factores sociales, culturales y económicos que influyen en el diagnóstico^{4,9,11}. Concretamente, el diagnóstico de TDAH-A y el tratamiento específico eran extremadamente bajos (los pacientes con prescripción para TDAH fueron menos del 0,1%) en los centros de atención primaria adscritos al Instituto Catalán de la Salud en 2010⁹. Estos resultados contrastan con los datos poblacionales de entonces: el TDAH-A registrado era 1/85 de la prevalencia poblacional⁹. Una de las causas del infradiagnóstico en adultos podría ser el gran desconocimiento de este trastorno por la mayor parte de los médicos, particularmente en atención primaria^{9,13}.

FISIOPATOLOGÍA

El TDAH es un trastorno extremadamente heterogéneo en cuanto a sus causas^{3,4}. La maduración del cerebro desde edades tempranas, sujeta a factores genéticos (el TDAH tiene una heredabilidad del 70-80% tanto en niños como en adultos)⁴, junto a factores ambientales, induce o modifica las características clínicas de cualquier trastorno del neurodesarrollo, incluyendo el TDAH, o bien puede facilitar la aparición comórbida de otros trastornos^{3,4}. Dada su heterogeneidad etiológica (miles de genes involucrados y cientos de factores epigenéticos como, por ejemplo, la pobre estimulación del niño, el consumo de alcohol en el embarazo o la presencia de malos tratos en el hogar, entre muchos otros) no existe ni puede existir una patogenia que explique de forma uniforme el TDAH ni en niños ni en adultos^{3,4}.

El TDAH-A se caracteriza, en la mayoría de los casos, por un déficit y/o un desempeño inadecuado de algunas de las variadas «funciones ejecutivas» (FE)⁸. Aunque no existe un consenso sobre qué define a las FE, la explicación más habitual es que se trata de acciones autodirigidas necesarias para elegir objetivos y crear, promover y mantener acciones para alcanzar esos objetivos. Su déficit puede conducir a síntomas de falta de atención, impulsividad, inquietud y desregulación emocional, entre otros^{8,10}. Estos síntomas conducen colectivamente a marcados déficits en el funcionamiento del día a día del paciente^{10,11}. La evaluación neuropsicológica de los pacientes con TDAH ha demostrado deterioro en varias de estas FE: vigilancia, velocidad perceptivomotora y del procesamiento de la información, memoria de trabajo, aprendizaje verbal e inhibición de la respuesta, entre otras⁴. Los estudios de neuroimagen, tanto estructurales como funcionales, sugieren que las dificultades propias del TDAH-A se ubican, sobre todo, en la corteza prefrontal y el cíngulo del lóbulo frontal y en menor grado en regiones anteriores de la corteza parietal⁴.

DIAGNÓSTICO

La evaluación del TDAH-A debe comenzar con una detallada anamnesis (la entrevista clínica es esencial, así como la obtención de información por parte de la pareja, si existiera, y de los padres cuando sea posible), haciéndose énfasis en los antecedentes personales (se debe interrogar por la presencia de síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad, a lo largo de la vida) y familiares (Fig. 1)¹². La tabla 1 muestra una selección de cuestionarios y recursos para cuantificar los síntomas del TDAH en la edad adulta¹⁴⁻¹⁶. Las características predominantes del TDAH-A difieren de las

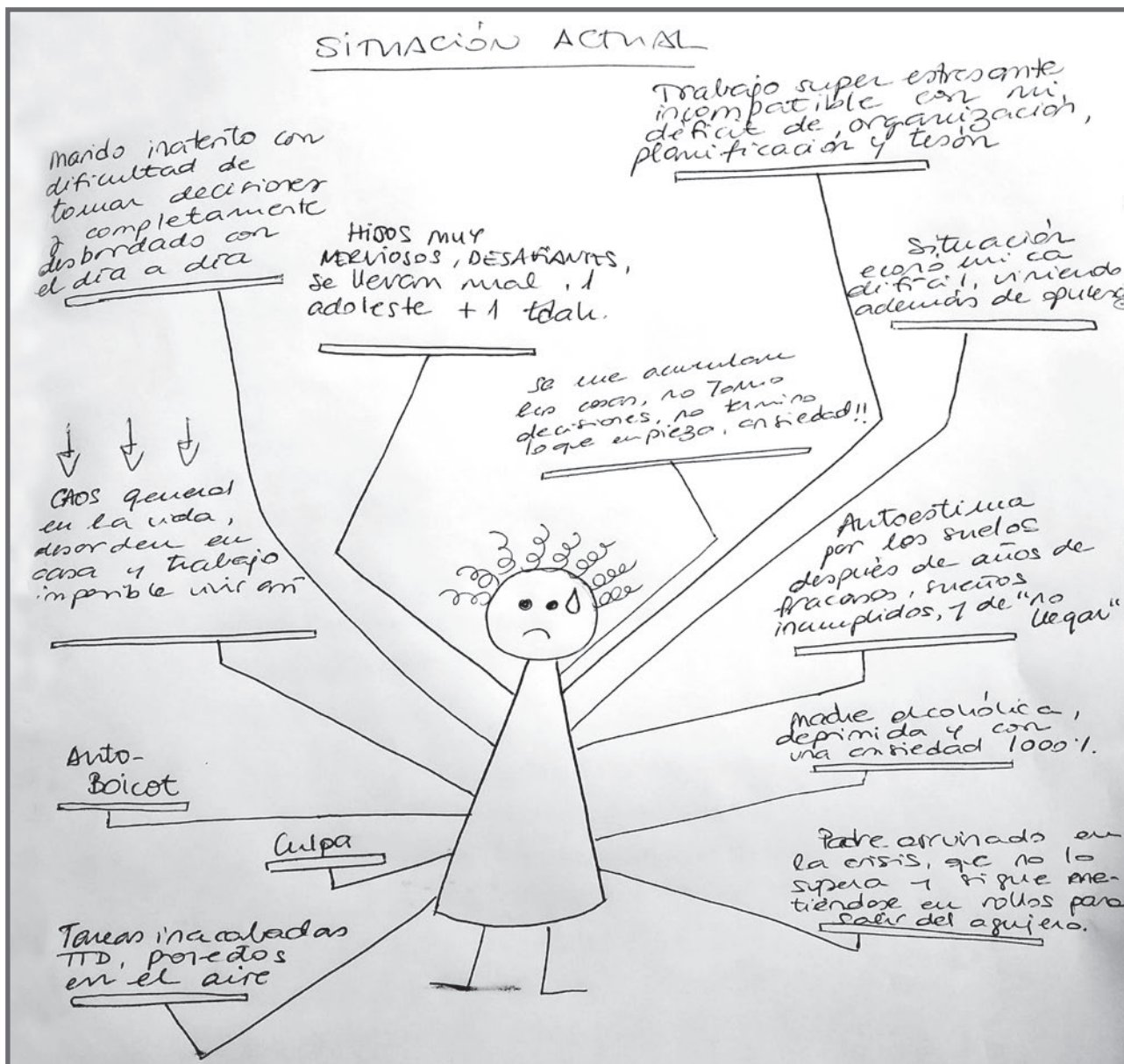


FIGURA 1. Dibujo de una paciente afectada de trastorno por déficit de atención/hiperactividad del adulto.

La ilustración muestra varias de las dificultades que manifiesta el adulto con TDAH (en este caso una mujer). Estas dificultades abarcan el ámbito familiar (la crianza, por ejemplo), el autoconcepto y la autoestima, la economía y el desempeño laboral, entre otras, al igual que comorbilidades muy frecuentes como diferentes tipos de trastorno de ansiedad.

características típicas de TDAH en niños¹⁰. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5.ª edición (DSM-5) proporciona orientación sobre la diferente expresión de los síntomas a lo largo de la vida que hace más fácil el diagnóstico en adultos que cualquiera de los manuales que lo preceden^{1,4}. Los síntomas de hiperactividad o impulsividad son menos obvios o evidentes en los TDAH-A; por ejemplo, la impulsividad puede constatarse mediante verbalizaciones inconvenientes y precipitadas en lugar de que predomine un comportamiento físico hipercinético más propio del TDAH infantojuvenil^{2,10}. De hecho, la hiperactividad

externa del niño con TDAH suele manifestarse en el TDAH-A como una sensación interna de inquietud psicomotriz o de «motor interior»^{1,4,10}, un movimiento excesivo de manos y pies durante la sedestación prolongada o una locuacidad excesiva y en un tono de voz elevado².

Las dificultades para la concentración y la disfunción en las FE se manifiestan de forma clara en las habilidades cotidianas¹⁰, padeciendo además una llamativa facilidad para la distracción, la desorganización, la pérdida de objetos, la ausencia de planificación y supervisión de tareas y prioridades (especialmente financieras), la desestructuración

TABLA 1. Selección de recursos de acceso abierto para evaluar el trastorno por déficit de atención/hiperactividad en la edad adulta

Entrevista diagnóstica del TDAH en adultos (DIVA 2.0) ¹⁴	Entrevista estructurada basada en los criterios DSM-IV para el TDAH en adultos (la DIVA-5, basada en el DSM-5, es de pago y no está disponible en español)
Escala de autorreporte de síntomas de TDAH en adultos (ASRS v1.1) ¹⁵	Desarrollada por la OMS para medir los síntomas del TDAH en mayores de 18 años. La versión de 18 ítems cubre todos los síntomas DSM-IV del TDAH. Seis de las 18 preguntas se basan en los síntomas más predictivos de TDAH
<i>Adult ADHD Investigator Symptom Rating Scale</i> (AISRS) ¹⁶	Incorpora indicaciones sugeridas para cada elemento de TDAH. Los descriptores para cada elemento de TDAH se definen explícitamente

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; OMS: Organización Mundial de la Salud; TDAH: trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Adaptada de DIVA 2.0, 2010¹⁴; Escala de Cribado de TDAH en Adultos (ASRS-V1.1)¹⁵; Spencer, et al., 2010¹⁶.

del tiempo y la procrastinación, entre otros problemas^{2,12}. Los estudios de seguimiento hasta la edad adulta de pacientes con TDAH en la infancia muestran deficiencias significativas en el rendimiento académico y del aprendizaje, en la adaptación al medio laboral (las decisiones irreflexivas propias del déficit de autocontrol conducen a cambios súbitos de trabajo, no siempre forzados), la conducción de vehículos (asunción de riesgos excesivos o temerarios al volante) y en las relaciones interpersonales sociales, familiares y de pareja, entre otras disfunciones del día a día², que acaban deteriorando el autoconcepto⁹, lo que puede conducir a consumo de sustancias adictivas (alcohol, cannabis, cocaína, etc.) y a explosiones de ira o contra la autoridad, problemas importantes a tener en cuenta^{2,12}.

El diagnóstico se basa en los criterios diagnósticos del manual DSM-5 (Tabla 2). Estos criterios se utilizan para diagnosticar el TDAH tanto en niños como en adultos e incluyen ejemplos acerca de las manifestaciones del trastorno en estos últimos¹. Los ejemplos más típicos de hiperactividad e impulsividad en el TDAH-A incluyen la inquietud motora y la impulsividad verbal, respectivamente^{1,17}.

El uso de entrevistas de diagnóstico estructuradas, como la Entrevista de diagnóstico para el TDAH-A (DIVA 2.0) puede ser de ayuda. En un estudio con 108 pacientes, 60 con TDAH, se comparó la DIVA 2.0 y la *Adult ADHD Symptom Rating Scale* (ASRS), una escala validada por la Organización Mundial de la Salud, junto con ocho pruebas neuropsicológicas¹⁸. Cada uno de los instrumentos mostró una capacidad de discriminación pobre, excepto la DIVA, que mostró una capacidad relativamente buena para discriminar entre los grupos (sensibilidad del 90,0% y especificidad del 72,9%). El estudio mostró que los resultados de una prueba de ejecución continuada como la *Conners Continuous Performance Test 3rd Edition* (CPT3), o en el caso de España la *Aquarium*, que es específica para el TDAH-A, se podría combinar con la DIVA para aumentar la

especificidad en quizás un 10% y, junto a la ASRS, pueden ser útiles para evaluar las respuestas al tratamiento¹².

Diagnóstico diferencial y comorbilidades

El diagnóstico diferencial del TDAH-A incluye trastornos que pueden mimetizar (imitar) la presencia de un TDAH que en realidad no está presente (se trataría de diagnósticos alternativos)¹², o bien ser trastornos comórbidos (concurrentes o agregados), en cuyo caso el paciente padecerá un TDAH-A y uno o más diagnósticos asociados que deberán codificarse⁸. Se considera que más de un 60% de los TDAH-A tiene uno o más trastornos psiquiátricos o neurológicos comórbidos², por lo que el TDAH-A con alguna comorbilidad asociada es más frecuente que el TDAH-A aislado^{8,10}, lo que complica el diagnóstico y el tratamiento⁸. Los trastornos concurrentes más frecuentes observados en la *National Comorbidity Survey Replication*¹⁹ se presentan en la tabla 3^{8,12,20}.

Además, la elevada frecuencia de trastornos neurológicos o de la salud general obligan a realizar una exploración médica general (que incluya peso) y neurológica, así como una evaluación cardiovascular somera (presión arterial y frecuencia cardíaca, junto con los antecedentes personales y familiares de enfermedad cardiovascular, que propiciarán la derivación puntual a un cardiólogo si es necesario). Se solicitará la analítica pertinente en caso de sospecha de Tourette, anemia, enfermedad celíaca o tiroidea, entre otras; diferentes tipos de electroencefalograma si se sospecha epilepsia (ojo a posibles ausencias interpretadas como ensimismamientos); resonancia magnética en este último caso o si se sospecha una parálisis cerebral, un tumor, o existe un empeoramiento sintomático obvio, focalidad durante la exploración o presencia de manchas hiper cromas o hipocromas en la piel, entre otras razones. Si se sospechan síndromes genéticos, aun sin discapacidad intelectual, deben

TABLA 2. Criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5.^a edición**Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):**

1. Inatención: seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales. Nota: Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. **Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas**

2. Hiperactividad e impulsividad: seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante, al menos, 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales. **Nota:** Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. **Para adolescentes mayores o adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas**

Síntomas

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión)

a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada)

b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar)

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente)

c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad)

d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo: no cumple los plazos)

e. Con frecuencia está «ocupado», actuando como si «lo impulsara un motor» (p. ej., es incapaz de estar sentado o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos)

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos)

f. Con frecuencia habla excesivamente

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil)

g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación)

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados)

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola)

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas)

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros)

Deben existir un mínimo de 5 síntomas en uno o ambos dominios (además del deterioro) en mayores de 17 años

Algunos síntomas de inatención o de impulsividad/hiperactividad deben estar presentes antes de los 12 años de edad, y los síntomas deben estar presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades)

La repercusión en el día a día es esencial para el diagnóstico: los síntomas deben interferir con el funcionamiento social, académico o laboral

(Continúa)

TABLA 2. Criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5.ª edición (*continuación*)

Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):	
Síntomas	
Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias)	
Se debe especificar el tipo de TDAH:	
<ul style="list-style-type: none"> – 314.01 (F90.2) Presentación combinada: se cumplen el criterio A1 (inatención) y el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses – 314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: se cumple el criterio A1 (inatención) pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses – 314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: si se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses 	
Debe especificarse si el diagnóstico se encuentra en remisión parcial (cuando los 6 criterios necesarios se cumplieron previamente, pero menos de esos 6 criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas aún resultan en un deterioro en el funcionamiento social, académico u ocupacional)	
Gravedad actual:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Leve: hay pocos o ningún síntoma extra a los requeridos para hacer el diagnóstico, y estos no causan más que deficiencias menores en el funcionamiento social u ocupacional 2. Moderado: los síntomas o el deterioro funcional están entre grado leve y grave 3. Grave: hay muchos síntomas además de los requeridos para hacer el diagnóstico, o varios síntomas son particularmente graves, o bien los síntomas resultan en un marcado deterioro en el funcionamiento social u ocupacional 	

TDAH: trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

solicitarse estudios genéticos, desde *arrays* hasta secuenciación genómica, según los casos¹².

TRATAMIENTO

Los tratamientos disponibles para el TDAH-A, especialmente los estimulantes, tienen unos tamaños de efecto muy altos¹². Los regímenes complejos y difíciles de cumplir por el paciente reducen drásticamente la adherencia a cualquier tratamiento. Dado que la disfunción cognitiva es común en el TDAH-A, es esencial que el tratamiento sea simple y estructurado¹². La enseñanza del cumplimiento de rutinas diarias y la incorporación de aplicaciones de telefonía móvil con alertas audibles, recordatorios y calendario, son fundamentales¹². El tratamiento de elección es el multimodal, e incluye tratamiento psicosocial combinado con farmacoterapia.

Tratamiento psicosocial

Proporcionado habitualmente por psicólogos, psicopedagogos o psiquiatras (en general, profesionales formados en el TDAH-A), incluye la psicoeducación específica para pacientes y familias, y el tratamiento cognitivo conductual (típicamente se basa en desarrollar habilidades y rutinas enfocadas a la organización, priorización y gestión del tiempo

y a la eliminación de potenciales ideas con tendencias autodestructivas, como la desmoralización o una presentación autodepredadora de una depresión)¹². El *coaching* para el TDAH-A y el ejercicio físico también pueden ser beneficiosos, evitando la procrastinación y proporcionando complementariamente mejorías en las FE mediante la formación del paciente en habilidades de organización y de gestión del tiempo¹². En la práctica clínica, el rendimiento y la eficiencia terapéutica son mayores cuando las intervenciones psicosociales se administran junto a la farmacoterapia como parte de un enfoque terapéutico multimodal¹².

Fármacos estimulantes

Son los medicamentos de primera línea para el TDAH-A⁸. El metilfenidato y la lisdexanfetamina, ambos agonistas dopaminérgicos, han mostrado su efectividad y seguridad en diversos estudios controlados, ya que mejoran no solo los síntomas y el deterioro asociado a los síntomas centrales⁸, sino también, mediante la mejora cognitiva, problemas concomitantes tales como la conducción de vehículos¹², la obesidad, la baja autoestima, la ansiedad, la irritabilidad y los cambios en el humor, así como el funcionamiento social y familiar². Existen diversas variedades de estimulantes para el tratamiento del TDAH, algunas ausentes en nuestro medio como las

TABLA 3. Trastornos concurrentes más frecuentes observados en la *National Comorbidity Survey Replication*

Diagnóstico y odds ratio (OR)	Relación con el TDAH	Comentarios
1. Trastornos del estado de ánimo OR: 2,7-7,5 (IC 95%: 3,0-8,2)	La disregulación emocional afecta a la mitad de los sujetos con TDAH-A. Deficiencia en manejo ejecutivo de las emociones, particularmente las relacionadas con la autorregulación de la frustración, la impaciencia y el enojo	En la depresión puede existir una capacidad disminuida para pensar detenidamente o concentrarse, poca motivación para realizar muchas actividades e indecisión. La depresión puede distinguirse del TDAH por un curso típicamente episódico y de inicio tardío
2. Trastornos de ansiedad OR: 1,5-5,5 (IC 95%: 2,4-5,5)	Presentes en más de la mitad de los TDAH-A, algo más en las mujeres. A veces manifiestan una inatención que puede parecer similar a la distracción observada en el TDAH-A. A diferencia del TDAH-A, la distracción con un trastorno de ansiedad ocurre por bloqueo cuando la ansiedad es excesiva e impide la concentración y suele acompañarse de insomnio	Otros ejemplos serían el pensamiento obsesivo en el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), o la ideación autoconsciente de la fobia social. El inicio de los trastornos de ansiedad suele ser posterior al inicio del TDAH-A cuando es comórbido
3. Cualquier trastorno por uso de sustancias (TUS) OR: 3,0 (IC 95%: 1,4-6,5)	Se pueden ver impedimentos cognitivos y conductuales (poca atención, distracción, hiperactividad) tanto en el TDAH-A (desde siempre) como en los TUS	En los TUS, los síntomas que producen inatención pueden producirse de forma aguda en el contexto del uso de sustancias
4. Otros trastornos menos frecuentes Son numerosos, como el trastorno explosivo intermitente, el trastorno límite de la personalidad y el trastorno bipolar, entre otros	El TDAH comparte con la distracción maniaca la impulsividad y la excesiva locuacidad. La manía se puede distinguir por un curso típicamente episódico y de inicio tardío	Se ha demostrado que los síntomas de estado de ánimo eufórico, el ciclado rápido, la grandiosidad y la hipersexualidad discriminan a los jóvenes con trastorno bipolar de inicio temprano de los jóvenes con TDAH

TDAH: trastorno por déficit de atención/hiperactividad; TDAH-A: trastorno por déficit de atención/hiperactividad del adulto.

sales mixtas de anfetamina o la dextroanfetamina, y otras presentes en España como el metilfenidato, disponible en formulaciones de 12 horas de duración (OROS, con dosis de 18, 27, 36 y 54 mg), de liberación intermedia (7 horas de duración, entre 5 y 50 mg según la marca comercial) y corta (4 horas de duración; de 5, 10 o 20 mg; conllevan mayor riesgo de abuso y mal uso, por lo que se debe ser muy cuidadoso en su prescripción en el TDAH-A). La eficacia del metilfenidato está demostrada en numerosos ensayos clínicos y metaanálisis². La lisdexanfetamina, el otro estimulante disponible en España, es un profármaco indicado para el tratamiento del TDAH tanto en niños como en adultos en EE.UU. (la indicación en adultos es inminente en España). Esta molécula se activa a dextroanfetamina mediante la liberación de la lisina en el eritrocito. La eficacia, comparada con placebo, se mantiene 12 horas tras la dosis en niños y entre 14-15 horas en los adultos, mostrando un tamaño de efecto sensiblemente superior al metilfenidato en el estudio clásico con doble ciego y controlado con placebo²¹ de Wigal, et al. Sus efectos adversos son los habituales en los estimulantes, como el metilfenidato: disminución del apetito, insomnio de conciliación, sequedad bucal y cefalea, entre otros²¹. De esos

otros, el más importante es la posible exacerbación de la ansiedad e irritabilidad, efecto adverso que sesga el resultado del tratamiento y que amerita el uso de estrategias paralelas, como reducir la dosis del estimulante, añadir un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, usar fármacos no estimulantes solos o en asociación con los estimulantes, profundizar en la psicoterapia, u otras⁸. La variedad de formulaciones de los fármacos estimulantes se debe a las diferentes necesidades según la vida media de cada formulación y cada sujeto², pero las fórmulas de larga duración son las de primera elección¹², puesto que son estables y no solo no crean adicciones, sino que disminuyen el riesgo de abuso o dependencia a sustancias en adolescentes y TDAH-A². Las interacciones de los estimulantes con otros medicamentos son generalmente leves y no preocupantes⁸, aunque los inhibidores de la monoaminooxidasa están contraindicados⁸. El uso concomitante de simpaticomiméticos (pseudoefedrina) o cafeína puede exacerbar las dificultades para dormir o inducir cierta taquicardia⁸. En general, en los pacientes con TDAH-A se deben evitar las vacaciones terapéuticas, aunque sí se deben ajustar las dosis según las circunstancias¹².

Fármacos no estimulantes

Existen diversos ensayos clínicos con bupropión, antidepresivos tricíclicos, modafinilo (este, al menos por su agonismo dopaminérgico parcial, en parte sería un estimulante suave)¹² o la guanfacina de liberación retardada. Esta última, aunque útil en niños y adolescentes con oposicionismo e irritabilidad regulando las emociones negativas⁸, especialmente en combinación con estimulantes, está pobremente evaluada en cuanto a eficacia, seguridad y tolerabilidad en el TDAH-A, por lo que, aunque parece existir cierta eficacia en este grupo¹², debería ser estudiada en profundidad en los años venideros¹². La atomoxetina está aprobada en EE.UU. y España para su uso en el TDAH-A⁸. Las dosis recomendadas en adultos son de 60 a 100 mg/día (empezando como mínimo con 25-40 mg y escalando semanalmente). La eficacia en el TDAH-A es evidente a las tres semanas de uso frente a placebo. Se ha observado un mayor efecto cuando hay tics, ansiedad y síntomas emocionales significativos^{2,8}. La respuesta de la sintomatología central es de alrededor de un 60%, menor que la de los estimulantes⁸. En general, puede suspenderse sin necesidad de reducir progresivamente la dosis y sin provocar un síndrome de discontinuación ni síntomas de rebote². Los efectos secundarios más frecuentes son dolor abdominal, pirosis, disfunción eréctil y reducción del apetito⁸.

CONCLUSIONES

El TDAH-A es una condición clínica subestimada a pesar de ser muy frecuente^{12,22}. El diagnóstico preciso puede mejorar los síntomas y la calidad de vida de los pacientes gracias a un enfoque terapéutico multimodal que debe incluir farmacoterapia combinada con tratamiento psicosocial^{8,22}.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.

2. Ramos-Quiroga JA, Chalita PJ, Vidal R, Bosch R, Palomar G, Prats L, et al. Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Rev Neurol*. 2012;54(Suppl 1):S105-15.
3. Fernández-Jaén A, Martín Fernández-Mayoralas D, Fernández-Perrone AL, Jiménez A, Albert J, López-Martín S, et al. Neurodesarrollo y fenocopias del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: diagnóstico diferencial. *Rev Neurol*. 2018;66(S01):S103-7.
4. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15020.
5. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol*. 2002;111(2):279-89.
6. Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MA, Roizen E, Hutchison JA, Lashua EC, et al. Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(12):1295-303.
7. Volkow ND, Swanson JM. Clinical practice: Adult attention deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med*. 2013;369(20):1935-44.
8. Perugi G, Pallucchini A, Rizzato S, Pinzone V, de Rossi P. Current and emerging pharmacotherapy for the treatment of adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Expert Opin Pharmacother*. 2019;20(12):1457-70.
9. Aragónes 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.
10. Ramos-Quiroga JA, Bosch R, Richarte V, Valero S, Gómez-Barros N, Nogueira M, et al. Criterion and concurrent validity of Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID) Spanish version. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5(4):229-35.
11. Kessler RC, Adler L, Ames M, Barkley RA, Birnbaum H, Greenberg P, et al. The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. *J Occup Environ Med*. 2005;47(6):565-72.
12. Geffen J, Forster K. Treatment of adult ADHD: a clinical perspective. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2018;8(1):25-32.
13. Thapar A, Thapar A. Is primary care ready to take on Attention Deficit Hyperactivity Disorder? *BMC Fam Pract*. 2002;3:7.
14. DIVA 2.0. Entrevista Diagnóstica del TDAH en adultos [Internet]. Países Bajos: Fundación DIVA; 2010 [fecha de acceso: 22 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.divacenter.eu/Content/VertalingPDFs/DIVA_2_ESPANOL_FORM.pdf
15. Escala de Cribado de TDAH en Adultos (ASRS-V1.1) [Internet]. País/ciudad: quién publica; fecha de publicación [fecha de acceso: 22 de enero de 2020]. Disponible en: <https://olacoach.com/wp-content/uploads/2015/10/Cribado-TDA.pdf>
16. Spencer TJ, Adler LA, Qiao M, Saylor KE, Brown TE, Holdnack JA, et al. Adult ADHD Investigator Rating Scale (AISRS) [Internet]. Mapi Research Trust 2020. New York University School of Medicine; 2010 [fecha de acceso: 22 de enero de 2020]. Disponible en: <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/adult-adhd-investigator-rating-scale>
17. Rigler T, Manor I, Kalansky A, Shorer Z, Noyman I, Sadaka Y. New DSM-5 criteria for ADHD - Does it matter? *Compr Psychiatry*. 2016;68:56-9.
18. Pettersson R, Soderstrom S, Nilsson KW. Diagnosing ADHD in adults: An examination of the discriminative validity of neuropsychological tests and diagnostic assessment instruments. *J Atten Disord*. 2018;22(11):1019-31.
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(4):716-23.
20. Geller B, Williams M, Zimmerman B, Frazier J, Beringer L, Warner KL. Prepubertal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultra-rapid or ultradian cycling. *J Affect Disord*. 1998;51(2):81-91.
21. Wigal T, Brams M, Gasior M, Gao J, Squires L, Giblin J, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover study of the efficacy and safety of lisdexamfetamine dimesylate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: novel findings using a simulated adult workplace environment design. *Behav Brain Funct*. 2010;6:34.
22. Magnin E, Maurs C. Attention-deficit/hyperactivity disorder during adulthood. *Rev Neurol (Paris)*. 2017;173(7-8):506-15.