

# TDAH: más allá de la infancia y la adolescencia

Óscar Giménez

La población sabe cada vez más de la existencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y se ha ido extendiendo progresivamente el uso de sus siglas: TDAH. Sin embargo, está tan asociado a la infancia y la adolescencia que mucha gente desconoce que también afecta a los adultos y puede tener un fuerte impacto en sus vidas.

Muchos estudios realizados en todo el mundo han puesto de relieve que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes que se inician en la infancia. Aunque las prevalencias que señalan todos esos estudios son muy variadas, debido principalmente a diferencias metodológicas, las revisiones sistemáticas y metaanálisis más reconocidos estiman que algo más de un 5% de la población en edad escolar está afectada por este trastorno, un porcentaje bastante generalizado desde el punto de vista geográfico.

Para el Dr. Josep Antoni Ramos Quiroga, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitari Vall d'Hebron (Barcelona), el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo y, por tanto, comienza mayoritariamente en la edad infantil y afecta al 5-6% de los niños y adolescentes de la población general. No obstante, este especialista subraya que más de la mitad de esos casos puede progresar a la edad adulta, de modo que afecta al 3-4% de los mayores de edad. Según este experto, «incluso hoy día sabemos también que afecta a personas de la tercera edad. Hay estudios, realizados sobre todo en Holanda, en personas mayores de 75 años, en las que se observa que la prevalencia en la población de esa edad es del 2,8%».

Al mismo tiempo que el conocimiento del problema se ha ido extendiendo entre la población, lo ha hecho el debate sobre un posible sobrediagnóstico y sobretratamiento, algo que el Dr. Ramos Quiroga rebate, dado que la gran mayoría de estudios epidemiológicos llevados a cabo en todo el mundo tiende a coincidir en una prevalencia del 5-6%. Pero, además, este especialista considera que la cifra puede quedarse corta: «Pienso que ese 6% es un dato conservador porque en los centros penitenciarios de menores observamos que el 25% de los niños y adolescentes tienen TDAH; en las cárceles, el 25% de los reclusos tiene TDAH, y en los centros de drogodependencias, el 15-20% de las personas con adicción a la cocaína o al alcohol también presentan TDAH. No hay que considerarlo un problema menor. Cuando existen comorbilidades, la prevalencia del trastorno se dispara. Así que hoy día podemos decir que no hay un sobretratamiento del TDAH, y cuando en los estudios realizados en miles de pacientes se muestran los efectos de los tratamientos a largo plazo, tanto psicológicos como farmacológicos, comprobamos que éstos previenen el riesgo de accidentes de tráfico, de drogodependencias en la edad adulta y de suicidio relacionado con el TDAH».



## En portada

TDAH: más allá de la infancia y la adolescencia

### Un poco de historia

En su tesis doctoral sobre el TDAH en adultos, el Dr. Ramos Quiroga recuerda que la primera referencia científica a la existencia de niños con un síndrome clínico basado en la falta de atención y asociado a una conducta hiperactiva e impulsiva data de principios del siglo XX. En concreto, fue el británico George F. Still quien describió en *The Lancet* una serie de 43 casos y recopiló sus síntomas ya en 1902.

Pero tal como recuerda este especialista, desde el primer momento se intuyó que, por su condición de trastorno neurobiológico, era muy probable que el TDAH persistiera a lo largo de la vida. «El problema es que durante años la psiquiatría infantil y la del adulto han estado muy distanciadas una de otra, hasta el punto de que los primeros que describen el TDAH en adultos son psiquiatras infantiles que habían seguido a niños con el trastorno hasta la edad adulta –apunta el experto–. Los primeros trabajos sobre este tema son de finales de los años sesenta. En 1967 Menkes publicó un artículo sobre cómo se encuentran los niños diagnosticados de hiperactividad cuando llegan a la edad adulta, y observó que los síntomas continuaban siendo más o menos iguales y, además, se trataba de personas con disfunciones en su vida cotidiana».

«Actualmente disponemos de muchos estudios realizados en el ámbito de la neuroimagen, de la genética, clínicos, de respuesta a fármacos y a tratamientos psicológicos –prosigue el Dr. Ramos Quiroga–, por lo que el TDAH del adulto es un concepto bien validado. La situación no es exclusiva del TDAH, porque también sucede, por ejemplo, con el autismo, el síndrome de Gilles de la Tourette o las dislexias. No se puede pensar que los síntomas desaparecen cuando los pacientes se hacen mayores, sino que siguen presentes».

### Sintomatología

Hay dos grandes grupos de síntomas que definen el trastorno: síntomas relacionados con el déficit de atención y síntomas de hiperactividad e impulsividad. «Básicamente –comenta el psiquiatra–, hablamos de personas que tienen muchas dificultades para mantener la atención de forma sostenida, que pierden objetos con frecuencia, a quienes les cuesta mucho la organización y la planificación, que tienen despistes muy a menudo... Estos síntomas pueden estar combinados o no con hiperactividad. A las personas hiperactivas les cuesta mucho permanecer sentadas, tienen una necesidad constante de movimiento, les cuesta controlar su impulsividad, les cuesta esperar, hablan mucho... Todos estos síntomas son los que definen el TDAH. Son 9 síntomas de déficit de atención y 9 de hiperactividad e impulsividad –añade–. Decimos que un niño o adolescente tiene criterios de TDAH cuando reúne, como mínimo, 6 de esos síntomas. Aunque sólo se requieran 5 en la edad adulta, su impacto es mayor. Lo cierto es que todos podemos tener alguno de estos síntomas en algún momento de nuestra vida, pero en las personas con TDAH aparecen con mucha frecuencia y generan problemas, dificultades en el rendimiento académico, laboral, personal, familiar, etc.».

De hecho, los diversos estudios hacen hincapié en una serie de manifestaciones características de los adultos con TDAH: mayor inestabilidad laboral, peor rendimiento académico, mayor temeridad a la hora de conducir un vehículo, mayor riesgo de consumir sustancias de abuso y más problemas de adaptación y disciplina, entre otras.

Se trata de personas que tienen más problemas en sus relaciones sociales y de pareja. También es posible que hablen en exceso, interrumpen las conversaciones, presenten casi siempre mucha energía, como si no pudieran estar parados en ningún momento, y sean impacientes, desorganizadas, distraídas, inquietas y tiendan a aplazar las tareas que les satisfacen hasta el último momento. En el recuadro adjunto se incluye el cuestionario ASRS-V1.1, validado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para conocer si una persona adulta puede presentar TDAH.

### Tratamiento

El primer tratamiento que demostró ser útil para tratar este trastorno fue la benzedrina, que data de 1937. Desde entonces, los avances han sido notorios y, hoy en día, «se sabe bastante bien cómo tratar este trastorno», opina el Dr. Ramos Quiroga. Sin embargo, este especialista incide en que el tratamiento es multidimensional: «Si el trastorno es leve, en primer lugar realizamos intervenciones psicológicas de tipo conductual, a través de pautas que permitan al paciente organizarse mejor, autocontrolar la impulsividad, etc. Cuando la sintomatología es moderada-grave y tiene un mayor impacto, debemos emplear las mismas pautas que en los casos leves, pero además asociar un tratamiento farmacológico. Los medicamentos de que disponemos en nuestro medio son el metilfenidato, la lisdexanfetamina, la atomoxetina y la guanfacina».

En el caso de los adultos, el tratamiento es prácticamente el mismo, tal como explica el especialista en la entrevista y el artículo adjuntos a este reportaje. Recuerda que algunas guías como la del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) del Reino Unido, consideran la farmacoterapia como el tratamiento de primera elección en los adultos, si bien el tratamiento psicológico, fundamentalmente de tipo cognitivo-conductual, ha demostrado su utilidad cuando se asocia al uso de fármacos.

Asimismo, establece que hay dos grandes grupos de medicamentos para el tratamiento del TDAH: psicoestimulantes y no psicoestimulantes. En el primer grupo se integran el metilfenidato y la lisdexanfetamina, mientras que en el segundo se encuentran la atomoxetina y la guanfacina. En cualquier caso, todos han demostrado ser eficaces y seguros, y se caracterizan por incrementar el funcionalismo catecolaminérgico (dopamina y noradrenalina), cuya disfunción se ha relacionado neurobiológicamente con el TDAH.

De momento, sólo la atomoxetina está indicada para tratar a los individuos diagnosticados por primera vez en la edad

adulta, aunque previsiblemente también obtendrá esta indicación la lisdexanfetamina.

### Retos de futuro

El diagnóstico de TDAH, tanto en población pediátrica como en adulta, es actualmente clínico, pero esto puede variar en un futuro próximo. En este sentido, El Dr. Ramos Quiroga opina que el principal desafío, compartido con el resto de la psiquiatría, «es disponer de exploraciones complementarias que nos ayuden en el diagnóstico. Sobre este punto, pienso que estamos en un momento muy dulce porque, gracias a las matemáticas, a los nuevos algoritmos de análisis de datos y a los *big data*, nos estamos aproximando –añade–. Para el autismo ya existen pruebas complementarias que están a punto de registrarse por la Food and Drug Administration, y serán muy útiles para llevar a cabo el diagnóstico precoz del autismo. Algo parecido ocurrirá con el TDAH, y es muy probable que para el resto de trastornos mentales también dispongamos en el futuro de exploraciones complementarias. Además, este año aparecerán datos muy contundentes de estudios genéticos sobre el TDAH con muestras de más de 50.000 individuos de todo el mundo. También se han publicado datos de estudios de neuroimagen basados en muestras de más de 3.000 sujetos».

Por último, este experto considera que «en general, hay cada vez una mayor concienciación de que el TDAH es un trastorno que requiere una continuidad terapéutica en la edad adulta, no necesariamente un tratamiento farmacológico, sino también psicológico, y debemos ayudar a los afectados a adaptarse al mundo universitario y laboral».

### Comorbilidades del TDAH: proyecto CoCa

Del mismo modo que sucede con otros muchos trastornos, el TDAH va a menudo de la mano de otros trastornos psiquiátricos y médicos. «Entre los primeros, el más impactante es probablemente la drogodependencia –afirma el Dr. Ramos Quiroga–. El 40% de las personas con TDAH pueden presentar alguna drogodependencia en un determinado momento de su vida, ya sea por abuso de tóxicos, juego patológico, etc. A continuación, estarían los problemas de ansiedad y depresión. Es importante destacar que, al margen de la perspectiva psiquiátrica, el TDAH se relaciona mucho con la obesidad».

En este contexto, este especialista hace referencia al proyecto CoCa (Comorbid Conditions in ADHD), «en el que tratamos de comprobar qué factores, tanto biológicos como sociales, pueden explicar la comorbilidad entre el TDAH, la depresión y los problemas de drogodependencia».

Se trata de un proyecto financiado por la Comisión Europea, compuesto por 17 grupos de investigación de 8 países de Europa y Estados Unidos. En concreto, se investiga acerca del empleo de métodos no farmacológicos para mejorar la vida de las personas con TDAH.

## ASRS-V1.1: la herramienta para el cribado del TDAH en adultos

El Cuestionario Autoinformado de Cribado del Adulto-V1.1 (ASRS-V1.1) es la herramienta validada internacionalmente por la OMS. El individuo debe marcar la casilla que mejor describe la manera en que se ha sentido y comportado en los últimos 6 meses, y consta de 6 preguntas.

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia tiene usted dificultad para acabar los detalles finales de un proyecto, una vez que ha terminado con las partes difíciles?					
2. ¿Con qué frecuencia tiene usted dificultad para ordenar las cosas cuando está realizando una tarea que requiere organización?					
3. ¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para recordar citas u obligaciones?					
4. Cuando tiene que realizar una tarea que requiere pensar mucho, ¿con qué frecuencia evita o retrasa empezarla?					
5. ¿Con qué frecuencia agita o retuerce las manos o los pies cuando tiene que permanecer sentado por mucho tiempo?					
6. ¿Con qué frecuencia se siente demasiado activo e impulsado a hacer cosas, como si lo empujase un motor?					

Si el sujeto ha marcado 4 o más de las casillas sombreadas, indica que sus síntomas pueden ser compatibles con los del TDAH, por lo que sería conveniente consultar con su médico.

Sus responsables destacan que existen dos comorbilidades especialmente frecuentes: la obesidad y el trastorno depresivo. Otras características clave del trastorno son, además, un ritmo circadiano perturbado y unos patrones de sueño alterados.

Entre los métodos no farmacológicos que se estudian se incluye la luminoterapia, con idea de mejorar el ritmo circadiano, y el ejercicio físico, con el objetivo de prevenir y reducir la obesidad junto con la mejora de los síntomas depresivos.

El responsable del proyecto CoCa, Andreas Reif, que trabaja en el Hospital Universitario de Frankfurt (Alemania), explica que se quiere «aprovechar los beneficios del ejercicio físico, por un lado, y de la luminoterapia, por otro, puesto que han mostrado resultados prometedores en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con TDAH. Hemos plasmado todo esto en un estudio clínico –prosigue– en el que comparamos el tratamiento habitual con el ejercicio físico o la luminoterapia de forma complementaria. Durante esta intervención, que tiene una duración de 10 semanas, veremos si estas dos alternativas afectan no sólo a los síntomas del TDAH, sino también a los indicadores generales de salud, como los síntomas depresivos o el peso corporal».



## «No se puede afirmar que exista un sobret ratamiento del TDAH»

**Josep Antoni Ramos Quiroga**

Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

**– Existe cierta polémica sobre si el TDAH es un trastorno sobrediagnosticado y sobret ratado, o bien infradiagnosticado e infrat ratado. ¿Qué opina al respecto?**

Se trata de un debate un tanto gratuito, porque es muy fácil saber cuál es la realidad. Tanto en Europa como en América, Asia o África, la prevalencia del TDAH en la infancia, se sitúa en un 6%, y se trata de un dato muy conservador. Al revisar los datos de venta de fármacos, comprobamos que la proporción de niños tratados en España no llega al 2-3%. Por tanto, no se puede afirmar que exista un sobret ratamiento.

**– ¿El tratamiento del TDAH en los adultos es diferente al tratamiento en los niños y adolescentes?**

Es prácticamente igual al que realizamos en niños y adolescentes. La mayoría de fármacos que utilizamos en los niños tiene la misma indicación para la edad adulta. Apenas 1 o 2 están indicados para personas que hayan sido diagnosticadas en la edad adulta. Como tratamiento psicológico también utilizamos terapia cognitivo-conductual o *mindfulness*, pero orientado y focalizado en los aspectos más propios del adulto, como el trabajo o la gestión de la agenda diaria.

**– ¿Qué mensaje dirigiría a los médicos de atención primaria (AP) que atienden casos de TDAH?**

Es muy importante que los médicos de AP tengan conocimiento de la existencia del TDAH, así como de las herramientas diagnósticas y de cribado para su detección, como la escala ASRS, un cuestionario de la OMS que consiste en 6 preguntas que ayudan a realizar un cribado muy fiable. Esto es importante porque el TDAH se relaciona con una mayor mortalidad. No conocer este trastorno puede conducir a un error diagnóstico que lo confunda con otro problema y tratarlo inadecuadamente con otros tipos de medicación (antidepresivos, antipsicóticos, benzodiacepinas...). Además, esto es importante porque los médicos de AP comienzan a recibir consultas de adolescentes con un diagnóstico de TDAH, por lo que deben conocer cuáles son los fármacos y las terapias psi-

cológicas que se emplean y qué aspectos deben controlar. Por ejemplo, en un adulto será necesario conocer la presión arterial, porque los fármacos para el TDAH pueden incrementarla en cierta medida. También será necesario conocer si tienen epilepsia, lo cual exigirá un mayor control del tratamiento. También es importante en relación con la información que se proporciona a la familia, ya que ésta se sentirá más acogida si el chico atendido por el pediatra y el psiquiatra infantil consulta ahora con un médico de AP que ya conoce su trastorno.

Actualmente esta transición es un gran hándicap para los profesionales: un niño tratado desde los 5 o 6 años por un profesional pasa a ser atendido por otro en un ámbito asistencial para adultos, lo cual puede generar inseguridad en un periodo como la adolescencia, en el que el mayor riesgo es el abandono de los tratamientos, ya que un TDAH no tratado puede tener repercusiones muy negativas.

**– ¿Es importante que una proporción de los casos de TDAH en adultos sean remitidos al psiquiatra?**

Depende del sistema sanitario. Por ejemplo, en Canadá está instaurado que toda la asistencia comunitaria debe conocer bien el TDAH, y sólo los casos de mayor gravedad, con comorbilidad o falta de respuesta deben ser atendidos en centros especializados como el que tenemos en el Hospital Vall d'Hebron. En España, donde quizá existe un déficit de conocimiento sobre este trastorno, es positivo disponer en cada comunidad de unidades de referencia, pero con una idea de temporalidad. Tenemos que formar a nuestros colegas de AP y también a los psiquiatras de adultos que trabajan en centros de salud mental, puesto que hemos mejorado los diagnósticos y los tratamientos del TDAH en la infancia, pero esos niños llegarán a la edad adulta y, si es necesario continuar con el tratamiento, será preciso hacerlo con la mayor calidad y garantías posibles para que sea útil y eficaz.



Accede a la  
videoentrevista

