

EL TDAH EN ADULTOS

Yolanda Soriano García

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos neuropsicológicos más comunes en la infancia y en la adolescencia.

Las primeras descripciones clínicas del trastorno se realizaron en niños a comienzos del siglo pasado. La investigación se centró en la población infantil porque no se entendía la manifestación del trastorno en adultos. A partir de 1976 ya se han ido publicando trabajos sólidos que ponen en evidencia este diagnóstico en adultos.

Sabemos que tiene su inicio en la infancia temprana, que afecta un porcentaje alto de la población infantil (entre el 5 y el 20%). Se caracteriza, con diferentes proporciones, en cada caso por la dificultad para mantener la atención, la impulsividad e hiperkinesia (exceso de actividad no propositiva).

Se consideran tres **formas clínicas** de presentación: con predominio del déficit de atención, con predominio de la hiperactividad y la impulsividad y la tercera como la combinación de ambas, que es la más frecuente.

La investigación más reciente atribuye la falta de control que se tiene a un déficit en la capacidad de inhibir los impulsos y pensamientos que realizan las funciones ejecutivas.

Entre las causas de estas alteraciones de las funciones ejecutivas intervienen, en la minoría de los casos, factores adquiridos como las lesiones neurológicas tempranas, pero es fundamentalmente debida a factores genéticos. Algún ejemplo de los datos en este sentido es el hecho de que ya, se han encontrado variaciones alélicas de genes que codifican proteínas fundamentales en el sistema dopaminérgico, como el receptor D4 y el transportador de dopamina.

A menudo **este trastorno de la infancia** se presenta junto con dificultades de aprendizaje, problemas de conducta, y otros trastornos neuropsiquiátricos, presentado una gran comorbilidad, siendo muy pocos los casos llamados "puros".

El TDAH infantil puede ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de distintos trastornos en el adulto.

Hay muchos menos datos epidemiológicos en adultos, los primeros trabajos describen una incidencia entre un 4 y 5%.

Los criterios diagnósticos son los mismos que en los niños, es a partir del DSM III Revisado (1980) donde aparece la posibilidad del diagnóstico del TDAH en adultos.

Quienes han sido diagnosticados como TDAH en la infancia suelen reducir el número de síntomas presentados, aunque sigan manifestando dificultades de adaptación, para estos casos se utiliza el diagnóstico de TDAH *en remisión parcial*.

Para poder diagnosticar el TDAH en un adulto es preciso:

- Que el trastorno esté presente desde la infancia, como mínimo desde los 7 años.
- Debe persistir una alteración clínicamente significativa o un deterioro en más de un área importante de su actividad (social, laboral, académico o familiar).

Se entiende que el TDAH en adultos es una patología crónica. En los adultos se manifiestan principalmente los síntomas de intención y de impulsividad ya que la hiperactividad se sabe que disminuye con la edad y, sí en los niños se manifiesta como una necesidad de correr y de movimiento observable, en los adultos cambia la expresión del síntoma apareciendo como un sentimiento subjetivo de inquietud.

Podemos observar la **evolución en el adulto**:

En el rendimiento académico tienden a lograr una menor formación académica. Presentan problemas de adaptación y disciplina en el ámbito escolar. En cuanto a las dificultades en el aspecto laboral suele tener que ver con el control de impulsos y la inatención. También se han observado alteraciones en la habilidad de conducción, asumiendo más riesgos, más temeraria, más accidentes, etc. Se han descrito también mayores dificultades en las relaciones personales y en las relaciones de pareja. Del mismo modo existen en los adultos con TDAH más trastornos psiquiátricos comórbidos y consumo de sustancias.

Según la recomendación de Murphy y Gordon para realizar una **evaluación del TDAH** se han de responder a 4 preguntas relevantes:

1.- Evaluar si existe evidencia de relación entre los síntomas de TDAH en la infancia y un deterioro posterior significativo y crónico en distintos ámbitos.

2.- Relación entre los síntomas del TDAH actuales y el deterioro en los distintos ámbitos.

3.- Si hay otra patología que justifique mejor el cuadro clínico que el TDAH.

4.- Si se cumplen los criterios de TDAH ¿con qué comorbilidad?.

Es clave para el diagnóstico conocer los síntomas propios del trastorno y los que pueden ser debidos a la patología comórbida.

Un protocolo estandarizado debería incluir la Historia Clínica donde se incluye una evaluación retrospectiva de síntomas de TDAH en la infancia, cuestionarios autoadministrados de síntomas actuales de TDAH, rendimientos neuropsicológicos y evaluación de comorbilidad psicológica.

Una de las escalas retrospectivas de síntomas más utilizadas en el ámbito anglosajón es la **WURS** (Wender UTA Rating Scale). Es un cuestionario autoaplicado de 61 ítems. A continuación mostramos dicha escala con los 25 ítems (en negrilla cursiva) seleccionados por su capacidad de discriminar a los pacientes adultos con antecedentes de TDAH en la infancia. Se ha demostrado su consistencia interna y su estabilidad temporal.

WURS

DE PEQUEÑO YO ERA (O TENÍA)	Nada en absoluto o casi nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
1. Activo, no paraba nunca					
2. Miedo de las cosas					
3. Problemas de concentración, me distraía con facilidad					
4. Ansioso, preocupado					
5. Nervioso, Inquieto					
6. Poco atento, “en las nubes”					
7. Mucho temperamento, saltaba con facilidad					
8. Tímido, sensible					
9. Explosiones de genio, rabietas					
10. Problemas para terminar las cosas que empezaba					
11. Testarudo, cabezota					
12. Triste, deprimido					
13. Imprudente, temerario, hacia travesuras					
14. Insatisfecho con la vida, no me gustaba hacer ninguna cosa					
15. Desobediente con mis padres, rebelde, contestón.					
16. Mala opinión de mí mismo					
17. Irritable					
18. Extravertido, amigable, me gustaba la compañía de los demás.					
19. Descuidado, me organizaba mal.					
20. Cambios de humor frecuentes: alegre, triste					
21. Enfadado					
22. Popular, tenía amigos					
23. Me organizaba bien, ordenado, limpio					
24. Impulsivo, hacía las cosas					

<i>sin pensar.</i>					
25. Tendencia a ser inmaduro					
26. Sentimientos de culpa, remordimientos					
27. Perdía el control de mi mismo					
28. Tendencia a ser o a actuar irracionalmente					
29. Poco popular entre los demás chicos, los amigos no me duraban mucho, no me llevaba bien con los demás					
30. Mala coordinación, no hacía deporte					
31. Miedo a perder el control					
32. Buena coordinación, siempre me escogía de los primeros para el equipo.					
33. Un chico (sólo si es mujer)					
34. Me escapaba de casa					
35. Me meñía en peleas					
36. Molestaba a otros niños					
37. Líder, mandón					
38. Dificultades para despertarme					
39. Me dejaba llevar demasiado por los demás					
40. Dificultad para ponerme en el lugar de otros					
41. Problemas con las autoridades en la escuela, visitas al jefe de estudios.					
42. Problemas con la policía					
PROBLEMS MÉDICOS EN LA INFANCIA					
43. Dolor de cabeza					
44. Dolor de estómago					
45. Estreñimiento					
46. Diarrea					
47. Alergia a alimentos					
48. Otras alergias					
49. Me orinaba en la cama					
DE NIÑO EN LA ESCUELA YO ERA (O TENÍA)					

50. En general un buen estudiante, aprendía rápido					
51. En general un mal estudiante, me costaba aprender					
52. Lento para aprender a leer					
53. Leía despacio					
54. Dislexia					
55. Problemas para escribir, deletrear.					
56. Problemas con los números o las matemáticas					
57. Mala caligrafía					
58. Capaz de leer bastante bien pero nunca me gustó hacerlo					
59. No alcancé todo mi potencial					
60. Repetí curso ¿cual?.....)					
61. Expulsado del colegio ¿qué cursos.....)					

La base del **tratamiento es tanto farmacológica como psicológica.**

Los estimulantes son los fármacos mejor estudiados en niños, en especial el metilfenidato, demostrando su eficacia y seguridad. Sin embargo los datos en adultos son menores aunque los hay que demuestran resultados favorables.

Otro nuevo fármaco no estimulante es la atomoxetina, que ha demostrado su eficacia tanto en adultos como en niños.

También es una alternativa de tratamiento el uso de antidepresivos tricíclicos, de nuevo más demostrado en niños que en adultos, pero faltaría avalar con más estudios los resultados terapéuticos.

El uso de estos fármacos no sólo ha demostrado la remisión de los síntomas del TDAH, también disminuyen el riesgo de abuso de sustancias.

Aunque el tratamiento farmacológico es muy eficaz, a menudo no es suficiente para el manejo de las cogniciones y comportamientos, y menos de los otros trastornos comorbidos.

La **intervención psicológica** comienza ya en el momento del diagnóstico, en la medida que el paciente recibe información sobre el trastorno se entra en la fase psicoeducativa. Un conocimiento adecuado del problema ayuda a ser consciente de la interferencia que éste ejerce sobre su vida, detecta sus dificultades concretas y plantea sus propios objetivos de cambio.

Los aspectos a trabajar han de ser **diseñados específicamente** para cada persona con el terapeuta. Frecuentemente tienen relación con: dificultad para ser constante y cumplir objetivos, problemas en las relaciones interpersonales, percepción de bajo rendimiento, baja autoestima, etc.

Puede ser útil un trabajo en grupo que ayude a la comprensión y aceptación del trastorno.

También se aconseja la intervención familiar, para encuadrar el trastorno dentro del sistema familiar.

La terapia cognitivo conductual es el abordaje más eficaz junto con el tratamiento farmacológico, mejorando además los síntomas depresivos y ansiosos comórbidos.

CONCLUSIONES.

- El TDAH se inicia en la infancia y en más de un 50% perdura en la edad adulta.
- Es un diagnóstico validado para los adultos.
- Está infra diagnosticado y por tanto incorrectamente tratado.
- Existen instrumentos válidos de evaluación para hacer un buen diagnóstico diferencial.
- El tratamiento multidisciplinar es lo más eficaz para el manejo y remisión de síntomas.
- El metilfenidato muestra su eficacia en el tratamiento con adultos, y dentro de los no estimulantes la atomoxetina.
- La intervención psicológica ayuda a afrontar los problemas emocionales, cognitivos y conductuales propios.
- El tratamiento cognitivo conductual ha demostrado ser el más eficaz de la intervención psicológica.