

El TDAH fue considerado un cuadro presente sólo en edad pediátrica, hasta que en la década anterior se demostró que este trastorno puede existir también, aunque en menor proporción, en los adultos¹⁻⁴. Así, se estima que más del 30% de los niños con TDAH en la infancia continúan presentando síntomas durante la edad adulta, con lo que como mínimo un 1 % de la población adulta presenta TDAH con repercusión sobre el día a día en sus vidas y en las vidas de los que rodean al paciente^{1,5}.

Estos resultados indican que en la práctica clínica habitual el TDAH en adultos está infra diagnosticado, y por tanto, incorrectamente tratado. Una de las posibles causas de esta situación es que la sintomatología experimenta cambios en los adultos respecto a la infancia. La hiperactividad es el síntoma que más se reduce, seguido de la impulsividad, y la inatención se mantiene prácticamente igual³.

Para poder diagnosticar el TDAH en una persona adulta 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, como el funcionamiento social, laboral, académico o familiar³. EL TDAH es un trastorno heterogéneo que asocia una gran morbilidad y discapacidad, provocando una importante interferencia en las actividades académicas, profesionales y vocacionales de los afectados, con un efecto negativo en su autoestima², problemas en las relaciones interpersonales (sobre todo problemas de pareja) y en la conducción de vehículos, entre otros³. Puede asociar trastornos psiquiátricos graves, tales como el abuso de drogas, conductas antisociales y psicopáticas, trastornos de ansiedad y depresión, entre otros⁶.

La evaluación de los adultos con síntomas de TDAH requiere un esfuerzo por integrar todos los datos clínicos disponibles que ayudarán en la realización del diagnóstico. Un protocolo estandarizado debe incluir una historia clínica completa del paciente y evaluación de comorbilidad psicopatológica, cuestionarios y rendimiento neuropsicológico³. El Departamento de Adultos del Centro CADE, tras una larga experiencia en el manejo del TDAH en niños y adolescentes, aúna los esfuerzos inter disciplinares necesarios para un mejor diagnóstico y tratamiento del TDAH en los adultos: neurología, psiquiatría, pedagogía y psicología se unen de forma compacta para conseguir este objetivo, diagnosticar adecuadamente y mejorar, en la medida de lo posible, la calidad de vida de los pacientes afectados.

Nuestro Departamento hace especial hincapié en la evaluación neuropsicológica. En el meta-análisis de Hervey⁷ se analizaron los resultados de muchos estudios sobre rendimiento neuropsicológico en adultos diagnosticados de TDAH. Los datos presentados demuestran una gran variedad de diferencias generales y específicas que indican déficit neuropsicológicos asociados con TDAH en el adulto en diversas áreas. Dado que no existe un área específica para el trastorno nos parece imprescindible conocer el perfil exacto de cada paciente individual para un mejor asesoramiento sobre el tratamiento.

El tratamiento psicopedagógico, cuando es necesario, es llevado a cabo por profesionales bien entrenados en el TDAH. Las intervenciones psicoeducativas y el tratamiento psicológico individualizado ayudan a que el paciente obtenga un conocimiento sobre el TDAH que le

permita no sólo ser consciente de la interferencia del trastorno en su vida cotidiana, sino también que el mismo sujeto detecte sus dificultades y defina sus propios objetivos terapéuticos^{8,9}.

El TDAH es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia que genera un alto índice de asistencia en los servicios de urgencias por las alteraciones conductuales que asocia. Es de origen biológico y afecta la capacidad del niño, adolescente o adulto para prestar atención a las acciones que realiza (inatención), regular su nivel de actividad (hiperactividad) e inhibir o frenar sus pensamientos o su comportamiento (impulsividad).

La comorbilidad, es decir la asociación del TDAH con otros problemas psiquiátricos, está presente en un porcentaje muy alto de los casos. Los trastornos frecuentemente comórbidos con el TDAH son: trastorno oposicionista desafiante, trastorno de conducta, trastornos de aprendizaje (verbal y no verbal), trastornos del humor (depresión y enfermedad bipolar), ansiedad así como mayor riesgo de abuso de sustancias tóxicas

La asociación del tratamiento farmacológico, cuando es necesario, al anterior es uno de los objetivos más relevantes de nuestro Departamento, siendo conducido por especialistas en el TDAH conocedores de sus pros y contras, así como de los efectos secundarios potenciales, pudiendo hacer un seguimiento terapéutico específico y adaptado a cada individuo.

La mayoría de los pacientes con TDAH presentarán un trastorno añadido, alrededor del 32 % dos y el 11 % tres o más trastornos añadidos. Es muy importante que, en caso de que se detecten conductas desafiantes/oposicionistas en el niño con TDAH, se solicite una consulta y se pida ayuda a un Especialista en manejo de Trastornos Conductuales, compuesto por el equipo multidisciplinar compuesto por un Psiquiatra Psicólogo y Neuropediatra, ya que podría derivar hacia un trastorno de mucho peor pronóstico tales como los Trastornos de la Personalidad de tipo límite y antisocial con severas alteraciones conductuales. El 20-40% de los niños y adolescentes desarrollará un Trastorno antisocial.

Aunque el TDAH no es un trastorno de origen emocional si es cierto que estos niños tienen dificultades en el manejo de sus emociones. Alrededor del 25% puede presentar sintomatología depresiva o ansiosa asociada y requerir por ello un abordaje psicofarmacológico, cuyo objetivo es hacer remitir los síntomas básicos del trastorno. Son tratamientos de larga duración y que facilitan tanto el correcto desarrollo intelectual, social y familiar, como la eficacia de otros tratamientos psicopedagógicos, de manejo de conducta y de comunicación social. Un tratamiento combinado-correctamente pautado- y de instauración precoz puede ofrecer nuevas perspectivas en la evolución clínica del trastorno.

Existe una relación preocupante entre el TDAH no tratado y el abuso de sustancias, sobretodo en adolescentes y adultos que nunca han tomado medicación.

El tratamiento que ha demostrado mayor efectividad es el que combina los siguientes componentes, por ello se llama multimodal: tratamiento psicológico dirigido a padres, profesores y niños; tratamiento farmacológico y el tratamiento psicopedagógico.

Hay un tratamiento psicofarmacológico seguro y eficaz para el TDAH. El riesgo del tratamiento farmacológico es muy inferior al riesgo de no tratar al niño. No nos podemos permitir el lujo de dejar a estos niños sin tratamiento, por las repercusiones a corto, medio y largo plazo.

Dado que el TDAH es un trastorno grave que afecta a un 5 % de la población Infanto-juvenil y de un 2-4 % de la adulta y que afecta negativamente al desarrollo emocional, el aprendizaje escolar y la adaptación social, existiendo unos tratamientos con alta eficacia y seguridad, la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil (AEPIJ) reconoce que el beneficio del tratamiento con psicoestimulantes en los niños y adolescentes es muy superior al riesgo de no aplicarlo. El texto de la declaración de la AEPIJ esta disponible en www.aepij.com.

En resumen, en nuestro Centro CADE tenemos una preocupación sobre el futuro social y laboral de los adultos con TDAH, especialmente en lo que significa la repercusión familiar, sobre todo en el caso de la existencia de otros miembros afectados, como es el caso de un hijo, ya que ambos pueden beneficiarse de un tratamiento global.

Dr. Martín Fernández-Mayoralas, Dra. López Arribas y el resto del equipo del centro CADE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valdizan JR, Izaguerri-Gracia AC. Trastorno por deficit de atencion/hiperactividad en adultos. *Rev Neurol* 2009;48 Suppl 2:S95-9.
2. Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, Correas Lauffer J, Quintero Lumbreras FJ. Trastorno por deficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. 3 ed ed. Amsterdam [etc.]: Elsevier Masson; 2009.
3. Ramos-Quiroga JA, Bosch-Munso R, Castells-Cervello X, Nogueira-Morais M, Garcia-Gimenez E, Casas-Brugue M. [Attention deficit hyperactivity disorder in adults: a clinical and therapeutic characterization]. *Rev Neurol* 2006;42:600-6.
4. Dulcan M. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:85S-121S.
5. Rodriguez-Jimenez R, Cubillo A, Jimenez-Arriero MA, Ponce G, Aragues-Figuero M, Palomo T. [Executive dysfunctions in adults with attention deficit hyperactivity disorder]. *Rev Neurol* 2006;43:678-84.
6. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a life-span perspective. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 7:4-16.
7. Hervey AS, Epstein JN, Curry JF. Neuropsychology of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neuropsychology* 2004;18:485-503.
8. Monastra VJ. Overcoming the barriers to effective treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder: a neuro-educational approach. *Int J Psychophysiol* 2005;58:71-80.
9. Murphy K. Psychosocial treatments for ADHD in teens and adults: a practice-friendly review. *J Clin Psychol* 2005;61:607-19.
10. Barkley RA. Niños hiperactivos. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for Diagnosis and Treatment*. The Guilford Press, 1990.

11. Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Attention-deficit/hyperactivity disorder in youth. En: Hendren RL, editor. Disruptive Behaviour Disorder in Children and Adolescents. Review of Psychiatry, vol 18. Washington: American Psychiatric Press; 1999.
12. Brown TE. Trastorno por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. Barcelona: Masson; 2003.