

**UNIVERSIDAD DE GRANADA (UGR)**

**EVOLUCION DEL  
TRASTORNO POR DÉFICIT  
DE ATENCION CON  
HIPERACTIVIDAD (TDAH)  
EN LA EDAD ADULTA**

**Revisión Bibliográfica**

**ESTEFANIA SAMOS ENTRENA**

**TRABAJO**

**FIN DE GRADO**

**PEDAGOGIA**

**2014**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN.**

# **EVOLUCION DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN LA EDAD ADULTA.**

## **Resumen**

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un trastorno neurológico frecuente en la edad adulta, pero escasamente detectado. La realización del diagnóstico requiere de pautas para la evaluación entre los que se encuentran la historia clínica del paciente acompañada de una entrevista retrospectiva de los síntomas en la infancia al sujeto y sus familiares y el uso de diferentes escalas de valoración del trastorno con el objetivo de revelar la existencia del problema con su consecuente diagnóstico o en su caso, la continuidad del mismo en la edad adulta. Por estos motivos, el diagnóstico preciso y a tiempo del TDAH adulto es un proceso fundamental para las personas afectadas, ya que supone la inclusión en un tratamiento efectivo adaptado a sus características que disminuya los efectos perjudiciales del trastorno sobre la persona.

**Palabras clave:** Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, adulto, prevalencia, criterios diagnósticos, tratamiento.

# **INDICE:**

<b>1. INTRODUCCIÓN. ....</b>	<b>4-7</b>
<b>2. OBJETIVOS DEL TRABAJO. ....</b>	<b>8</b>
<b>3. MÉTODO DE LOCALIZACIÓN, SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIOS PRIMARIOS. ....</b>	<b>8</b>
<b>4. ANÁLISIS DEL TEMA</b>	
<b>4.1. DESCRPCIÓN DEL TDAH). ....</b>	<b>9-16</b>
<b>4.1.1. Antecedentes. ....</b>	<b>9</b>
<b>4.1.2 Factores causales. ....</b>	<b>10-11</b>
<b>4.1.3. Síntomas. ....</b>	<b>11-13</b>
<b>4.1.4. Comorbilidades. ....</b>	<b>14-15</b>
<b>5. PREVALENCIA DEL TRASTORNO EN LA EDAD ADULTA. .....</b>	<b>16-17</b>
<b>6. IMPACTO QUE SUFREN LOS AFECTADOS POR TDAH NO DIAGNOSTICADOS. ....</b>	<b>17-18</b>
<b>7. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO EN LA EDAD ADULTA. ....</b>	<b>18-21</b>
<b>8. TRATAMIENTO DEL TDAH. ....</b>	<b>22-25</b>
<b>9. CONCLUSIÓN. ....</b>	<b>26</b>
<b>10.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ....</b>	<b>27-29</b>
<b>11.ANEXOS. ....</b>	<b>30-34</b>

## **1. Introducción.**

El Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) es un trastorno multifactorial y clínicamente heterogéneo (Navarro, 2009). Se dice esto porque es un trastorno neurobiológico, lo que quiere decir que afecta al sistema ejecutivo del cerebro encargado del control de impulsos y pensamientos (Ordoñez y Álvarez-higuera, 2012). También aqueja al sistema encargado de la regulación de las emociones, lo cual influye en la motivación de la persona y a la memoria de trabajo (Mena, Nicolau, Salat, Tort, y, Romero, 2011). Es importante señalar su carácter hereditario y sus tres síntomas típicos: déficit de atención, impulsividad e hiperactividad motora e/y vocal (Mena et al, 2011). Además “los factores sociambientales pueden influir en la mayor gravedad de los síntomas y en el aumento del riesgo de presentar trastornos o problemas asociados” (Mena et al., 2011, p.10). Se considera trastorno cuando estos síntomas y los comportamientos que van asociados, se observen con mucha frecuencia e interfieran en su vida cotidiana. Estos síntomas no tienen por qué darse de forma conjunta (Mena et al., 2011).

Otra definición la encontramos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V, 2013) en el que el TDAH se describe como un trastorno del desarrollo que consiste en dos presentaciones clínicas típicas: déficit de atención y un comportamiento hiperactivo-impulsivo y que aqueja a todas las personas que lo sufren.

La comorbilidad es un rasgo característico del TDAH tanto en niños como en adultos (Biederman, 2004). Entendemos esta como la presencia de uno o más trastornos o enfermedades, además de la enfermedad o trastornos primarios. Se sabe que “un 77% de los adultos con TDAH presentan otro trastorno psiquiátrico concomitante” (Horacio, 2003, p.446). Pero la naturaleza de estas comorbilidades difiere en niños respecto a adultos (Barkley, 2009). Como otras manifestaciones asociadas al TDAH, en adultos se encuentran trastornos del ánimo, ansiedad, mayor riesgo de abuso de sustancias, mayor riesgo de desarrollar conducta antisocial, diferentes alteraciones del funcionamiento adaptativo (la paternidad temprana, los problemas en el trabajo y en la conducción), además de dificultades en las relaciones personales y en las relaciones de pareja (Soriano, 2009).

“Contrariamente a lo que se solía considerar hace algunos años, los síntomas y el impacto del TDAH no siempre desaparecen al pasar a la edad adulta y el trastorno puede persistir en más del 50% de los casos. Estudios recientes longitudinales prospectivos muestran una prevalencia del TDAH en adultos en población general en torno al 3-4%” (Aragónés, Piñol, Ramos-Quiroga, López-Cortacans, Caballero, y, Bosch, 2010, p. 416) o según otros autores “se obtiene una prevalencia estimada de 3 a 6%” (Roizblatt, Bustamante, y, Bacigalupo, 2003, p. 1195). Como en los niños con TDAH, los adultos comparten los síntomas de la inatención, hiperactividad e impulsividad. Sin embargo, los síntomas varían con la edad (Valdizán y Izaguerri-Gracia, 2009).

Alarma conocer que el diagnóstico de TDAH en adultos y por consecuencia su tratamiento son extremadamente bajos. Bajo algunos datos poblacionales encontramos que solo 1/85 del TDAH en adultos es registrado (Aragónés et al., 2010) o dicho de otra forma según Valdizán e Izaguerri-Gracia (2009) “de un 4,4% de adultos que pueden presentar un TDAH, sólo el 1,4% es diagnosticado” (p. 96). La conclusión que se saca de los anteriores datos es que una gran cantidad de pacientes adultos con TDAH no son diagnosticados y por consecuencia no son conocedores de los beneficios de un tratamiento específico adecuado.

Los adultos pueden ser diagnosticados de forma habitual con los mismos criterios adaptados del DSM- V TR, aunque es más difícil que sean diagnosticados que los niños y adolescentes (Valdizán y Izaguerri-Gracia, 2009). Como veremos con posterioridad, estos criterios no son los más adecuados para la etapa que estamos tratando. La razón de esto, es que los síntomas del TDAH pueden variar con la edad, por lo que no podemos utilizar instrumentos para diagnosticar a un adulto que solo hayan sido probados con niños, como sucedió por ejemplo con el umbral de síntomas del DSM-IV (Barkley, 2009). Esto nos lleva a advertir que podría existir un conjunto mejor de síntomas para identificar a los adultos con TDAH que el que se utiliza para los niños (Barkley, 2009).

Tratar este tema por tanto, es de suma importancia debido a que los jóvenes y adultos los cuales sufren del trastorno y no han sido tratados, tienen problemas en su vida cotidiana con las personas de su alrededor y para la adaptación a su vida diaria. A menudo las personas somos más flexibles con esta problemática cuando quienes la sufren son niños. Convivir con una persona adulta que sufre de este trastorno genera reacciones negativas diferentes a las que surgirían con un niño. Cuando estamos ante

una persona adulta que se desmotiva en la realización de tareas que requieren un mayor esfuerzo, o que varía su rendimiento constantemente, que se despista con facilidad, tiene dificultad para organizarse, actúa de forma impulsiva, es incapaz de administrar su tiempo o incluso de respetar los turnos de palabra (Valdizán y Izaguerri-Gracia, 2009), solemos ser quizás por desconocimiento más rígidos y estrictos. A menudo suele aparecer entre los demás sujetos de su entorno un sentimiento de negatividad y descontento hacia esa persona con el trastorno, que genera conflictos y problemas, y que si suelen aparecer muy frecuentemente podrían debilitar la relación entre ambos. Por otro lado, el individuo con TDAH al sentirse incomprendido y al ser consciente de sus fallos los cuales a veces no puede remediar, se valora poco y se siente poco útil, generándose en él una autoestima baja. Más si cabe, cuando la persona es diagnosticada de TDAH en la edad adulta.

Además, tras hacer una revisión sobre antecedentes existentes de dicha temática encontramos que diversos estudios longitudinales señalan las altas tasas de continuidad del TDAH y avalan su persistencia en la edad adulta cediendo el mito popular que el TDAH cesa con la edad (Biederman, Mick, Stephen y, Faraone, 2000). Así informaron los investigadores de un estudio realizado para tal fin, en el que se indicó que existía una tasa de persistencia del 15% para el síndrome completo y del 40% hasta el 60% para el TDAH con una remisión parcial (Biederman et al., 2004). Esta última cifra coincide con otro estudio en el que la remisión sindrómica del TDAH es de alrededor del 60% (Biederman et al., 2000). Como conclusión general, podríamos decir que es necesario incrementar la detección y el tratamiento del TDAH en el adulto, para poder reducir el comienzo, la persistencia y la severidad de trastornos.

Por su lado, existen datos que sugieren que sólo el 25% de los casos de TDAH en los adultos fueron previamente diagnosticados en la infancia o adolescencia (Biederman et al., 2004). Sin embargo, como afirma Newcorn, Weiss y Stein (2007) “menos de un 20% de los adultos con TDAH son diagnosticados o tratados” (p.13).

De la misma forma hay que decir que no todos los niños con TDAH van a presentar problemas derivados de este trastorno en su vida adulta (alrededor de un 50% si lo mantendrán) (Ordoñez y Álvarez-Higuera, 2012).

En este contexto de desarrollo teórico, y con objeto de conseguir los objetivos académicos de este TFG, nos planteamos ahondar en la idea de la continuidad del trastorno en la edad adulta, esclarecer los síntomas que acompañan al trastorno, así como alertar de que un correcto tratamiento multidisciplinar permite un control satisfactorio del trastorno y predice un menor seguimiento en la edad adulta. El tratamiento en el TDAH adulto suele ser similar que en niños con la diferencia de que la farmacología no suele ser tan eficaz. Por tanto, estimo oportuno considerar una intervención psico-educativa sobre el trastorno, que se complementará con un tratamiento psicosocial debido a las dificultades que tiene la persona con TDAH con el entorno (Valdizán y Izaguerri-Gracia, 2009). Por esta razón es interesante considerar como forma de abordaje del trastorno, la terapia pedagógica junto con la cognitivo-conductual para reducir los problemas asociados, controlar la impulsividad, la conducta motora, la inatención y mejorar las habilidades sociales y la autoestima del paciente (Roizblatt et al., 2003). De la misma forma llevar a cabo actividades como la valoración positiva de sus puntos fuertes, la perfecta estructuración y planificación de las tareas a realizar... Pero con anterioridad a ello es importante ayudar al paciente a un adecuado conocimiento del problema, a hacerlo consciente de como interfiere sobre su vida, así como a plantear sus propios objetivos de cambio (Horacio, 2003).

Finalmente sería conveniente si fuera posible la el trabajo en grupos de apoyo y la terapia familiar para un mejor funcionamiento de las relaciones generadas en el seno de la misma y de las comunicaciones entre los miembros de la propia familia.

## **2. Objetivos del trabajo.**

- Demostrar la continuidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la población adulta tras una revisión bibliográfica.
- Describir los síntomas que acompañan al trastorno, así como los cambios que se producen en la transición de una etapa a otra.
- Señalar las comorbilidades asociadas al TDAH.
- Especificar una serie de predictores que alerten a cualquier persona adulta no diagnosticada de las posibilidades de sufrir el trastorno, para así poder ponerse en manos de los especialistas oportunos.
- Advertir de los beneficios de un correcto tratamiento multidisciplinar sobre el trastorno.

## **3. Método de localización, selección y evaluación de los estudios primarios.**

En el presente trabajo, para el proceso de búsqueda de las palabras clave que permitirían la revisión de diversos artículos, libros, capítulos, así como documentos en la web, me he servido de diferentes bases de datos, especialmente de DIALNET, CSIC\_ISOC, EDUCAREX y PsycInfo así como de una importante herramienta de exploración: el catálogo de la biblioteca de fondos de la universidad de Granada, incluida la versión electrónica de la misma. En todos estos medios de búsqueda de información las palabras básicas utilizadas han sido:

- TDAH.
- Adulto (adult\*)
- Déficit de atención.
- Hiperactividad.
- Comorbilidades.
- Prevalencia del TDAH.
- Diagnóstico del TDAH.
- Tratamiento del TDAH.



## **4. Análisis del tema.**

### **4.1 Descripción del TDAH.**

#### *4.1.1 Antecedentes.*

Las primeras descripciones clínicas sobre este trastorno se encuentran en 1902, cuando el doctor Still describe un cuadro de “niños frecuentemente inquietos, molestos y revoltosos, incapaces de mantener la atención y con fracaso escolar en ausencia de déficit intelectual” (Citado en Ordoñez y Alvarez-Higuera, 2012 p.13). A lo largo del tiempo el TDAH ha sido llamado de diferentes formas: “disfunción cerebral mínima o reacción hiperquénica de la infancia hasta que en 1980 se le denominó finalmente en el DSM-III trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, y desde 1994 lo conocemos como TDAH” (De la Garza, 2006, p.13). Ya en la cuarta edición revisada (DSM-IV-TR), publicada en el 2000, reconoce la existencia del TDAH del adulto (Benito, 2008). Pero todas las denominaciones que han ido surgiendo tienen en común que “definen a un grupo de personas que comparten unos síntomas, con problemas de mantenimiento de la atención, impulsividad e hiperactividad, surgiendo así tres subtipos de TDAH: inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado” (Navarro, 2009, p.21). Finalmente en la V edición del DSM, (DSM-V, 2013) se incluye a adultos en el diagnóstico formal del trastorno, y se hace un matiz en los criterios diagnósticos para éstos.

Los avances en esta área que se han logrado a lo largo de los años, han permitido descubrir como muchas de las calificaciones y etiquetas que han tenido que sufrir los afectados por el trastorno no tienen fundamentación y que existe una causa problemática justificada. Esto es de vital importancia a todas las edades en las que el trastorno muestra su presencia, pero especialmente en la edad adulta, en la que los problemas se intensifican en las esferas social, familiar y laboral, siendo la inatención que muchos pacientes con TDAH comparten, una de las características que más los incapacita.

#### 4.1.2. Factores causales.

El TDAH es un trastorno de origen multifactorial. Hasta el momento no se ha encontrado una causa única y no se tiene certeza total sobre cuál es la que incide en mayor medida en el origen del mismo (Navarro, 2009). Se tiene claro que tiene un origen biológico, relacionado con los neurotransmisores y con el funcionamiento y estructura de ciertas zonas del cerebro (Ordoñez y Álvarez-Higuera, 2012). Se ha observado además, que “las personas con el trastorno tienen déficits en los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico” (Benito, 2008, p.16). A continuación se describirán con mayor precisión cada una de las siguientes afirmaciones sobre las causas del trastorno con el objetivo de conocer un poco más sobre el tema:

El TDAH es un trastorno con una alta carga genética, ampliamente demostrada: algunos estudios señalan que alrededor de un 80% de los casos se deben a la herencia. Si uno de los dos padres tiene TDAH la posibilidad de que su hijo lo herede es de un 56% (Ordoñez y Álvarez-Higuera, 2012). Así en otros estudios sobre el genoma humano Barkley (2013) descubre como “entre 20-25 secciones en los cromosomas pueden estar asociados al TDAH, por lo que es muy probable que el trastorno se produzca por una combinación de múltiples genes de riesgo” (p. 102). Los múltiples estudios en gemelos así lo demuestran: el realizado por Reich sobre 194 pares de gemelos idénticos y 94 fraternales y el estudio de gemelos de Virginia. Además de los estudios en familias, que revelan que en muchos casos el TDAH está presente en ellas (citado en De la Garza, 2006).

Otra posible causa en el origen del problema se encuentra en:

La estructura del cerebro, así por tanto, los lóbulos frontales, los ganglios basales, el cerebelo y la corteza conglular anterior son entre un 3- 5% más pequeños en personas con TDAH, y menos activos. A su vez otros estudios muestran como el cerebro de las personas con TDAH reaccionan más lentamente a los acontecimientos que el del resto de las personas. (Barkley, 2013, p. 104)

Esto se aprecia en los estudios realizados, que demuestran como los neurotransmisores dopamina y norepinefrina afectan directamente a las áreas de la corteza prefrontal y de los ganglios basales, surgiendo un déficit en las funciones de

atención, concentración, motivación, interés y el aprendizaje de nuevas habilidades, síntomas propios de las personas con TDAH (Roizzblatt, Bustamante y, Bacigalupo, 2003). Además, existiría:

Una disminución global del consumo cerebral de glucosa, especialmente en la corteza premotora y corteza superior frontal, en los adultos con TDAH respecto a controles, lo que implicaría una disminución del metabolismo y de la actividad neuronal en esas zonas. (Roizzblatt, et al., 2003, p.2)

La función ejecutiva del cerebro se ve perjudicada también por el trastorno. Esta función es la encargada según Denckla de “conectar, integrar y organizar todas las pequeñas funciones del cerebro para que las tareas puedan realizarse con éxito. Y estas actividades se encuentran frecuentemente en déficit en las personas con TDAH” (citado en de la Garza, 2006).

Según Ordoñez y Álvarez-Higuera (2012):

Las causas ambientales también tienen una gran influencia sobre el TDAH (alrededor de un 20%), sobre todo relacionadas con factores de riesgo prenatales, como el consumo de alcohol, tabaco o drogas durante el embarazo, así como complicaciones en el parto y bajo riesgo al nacer. Por otro lado la presencia de un entorno adverso, con problemas psicosociales, aumenta las posibilidades de que se manifieste un TDAH. (p. 14)

#### 4.1.3. Síntomas.

En el trastorno podemos identificar una serie de síntomas característicos en las personas con TDAH, entre los que se encuentran la inatención, la impulsividad (precipitación excesiva en las acciones) y la hiperactividad (dificultad para el control de la actividad motora) (Ruiz, Gutiérrez, Garza y, Peña, 2005). Estos síntomas se inician en la infancia, aunque no con la misma frecuencia ni en todos los sujetos de la misma forma. Los síntomas del TDAH se modifican con la edad, sobre todo la hiperactividad-impulsividad, que suele ir disminuyendo o cambiando con el paso de los años, sin

embargo la inatención se mantiene sin cambios significativos respecto a la infancia (Valdizán y Izaguerri-Gracia, 2009).

El caso de las mujeres que sufren el trastorno es llamativo. Éstas suelen estar mal identificadas y poco tratadas. Ordoñez y Álvarez-Higuera (2012) tras la revisión de algunos estudios, revelan que en la edad adulta las mujeres muestran unos elevados niveles de impulsividad y un peor rendimiento académicos y social, así como una mayor frecuencia de problemas afectivos-ansiosos que los hombres.

A continuación pasaremos a describir las señales más comunes que acompañan a cada una de las tres presentaciones clínicas en las que se sub-clasifica el TDAH.

*Hiperactividad:* estos síntomas son los más conocidos y los que más fácil se pueden reconocer, sin embargo, en los adultos parece que se reduce, aunque lo real es que se transforma en una sensación de inquietud interior (Benito, 2008). Esta hiperactividad se manifiesta por medio de señales que nos pueden hacer advertir el trastorno, como son incapacidad de relajarse, dificultad para persistir en actividades sedentarias (ver televisión o leer), hablan continuamente, van siempre acelerados lo que a veces desemboca en algún pequeño accidentes, mueven continuamente manos y pies, entre otros gestos. El tono de voz también es un indicador de su hiperactividad (hablan con un tono elevado, se suelen expresar mal etc.) (De la Garza, 2006; Ordoñez y Álvarez-Higuera 2012).

También es llamativo resaltar su labilidad emocional, la cual se manifiesta mediante grandes cambios en el estado de ánimo, con enfados frecuentes (Ordoñez y Álvarez-Higuera 2012). Esta característica genera inseguridad en las personas que los rodean ya que despierta una sensación de incertidumbre en cuanto a la estabilidad afectiva. Esto a menudo va acompañado por temperamentos explosivos que interfieren en el desgaste de las relaciones interpersonales.

*Déficit de atención:* las personas que sufren del tipo inatento de TDAH tienen incapacidad para concentrarse en una conversación, lectura o en tareas que requieren periodos largos de tiempo, las cuales dejan sin acabar. Además esta desconcentración los lleva a no fijar la atención de forma total en los detalles, por lo que suelen cometer muchos errores (Benito, 2008).

Otra características propia de este subtipo estrechamente relacionada con la desconcentración es la distractibilidad, que aparece en forma de olvidos frecuentes,

descuidos, tendencia a dejar tareas para más adelante, dificultad para seguir instrucciones, frecuente pérdida de objetos etc. (De la Garza, 2006)

Los anteriores déficits repercuten en su dificultad para la organización y la planificación de su trabajo y sus tareas, las cuales suelen quedar inclusas. Esto es provocado por el cambio constantemente de una acción a otra (Morales, Martínez-Taboas, y, Sayers-Montalvo, 2011).). Este desajuste y la incapacidad para seguir un ritmo cotidiano de actividad provoca en ellos “hiperreactividad emocional, lo que significa que tienen problemas para soportar el estrés cotidiano y reaccionan excesiva o inapropiadamente con desánimo, confusión, ansiedad o rabia, lo que impide el apropiado afrontamiento de los problemas” (Roizblatt et al., 2003).

Estos síntomas son los que más se mantienen con el paso de los años y los que producen mayor impacto en la vida laboral de los adultos con TDAH (Ordoñez y Álvarez-Higuera, 2012).

*Impulsividad:* la impulsividad es uno de los síntomas que se suelen mantener con el paso del tiempo y uno de los que más incapacitan a la persona (Benito, 2008). Algunas manifestaciones incluyen hablar antes de pensar, interrumpir las conversaciones de otros, responder antes del escuchar el final de la pregunta, mostrarse impacientes... (Ruiz et al., 2005). Tienen la necesidad de realizar las cosas en el momento, lo que los lleva a precipitarse.

A largo plazo la impulsividad puede desembocar en otras comorbilidades que veremos más adelante pero entre las que se encuentran como señalan Ordoñez y Álvarez-Higuera (2012) el consumo de drogas, accidentes de tráfico o laborales, cambios de amigos y pareja...

El cerebro juega un importante papel en la aparición de los síntomas. De la Garza (2006) señala que:

Debido al incorrecto funcionamiento de su función ejecutiva aparecen dificultades en la resolución de problemas, mala percepción del tiempo, manejo negativo de las emociones, problemas para interpretar la interacción social, para bloquear las distracciones, completar proyectos a largo plazo, planear el futuro, memorizar, entre otros. (p.20)

#### 4.1.4. Comorbilidades.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) tiene una elevada importancia clínica no solo por su prevalencia sino además por su frecuente comorbilidad con enfermedades que están relacionadas con el trastorno, es decir, con otras patologías asociadas (Soriano, 2009).

La comorbilidad psiquiátrica es muy frecuente en los adultos con TDAH; como dice Roizblatt et al., (2003) “afectaría a 3 de cada 4 pacientes” (p. 1197). Es muy importante identificarla ya que puede ser causa de mala respuesta al tratamiento. Entre otros los más destacables son:

*Trastornos depresivos-ansiosos (10-40%):* los fracasos constantes por el bajo rendimiento escolar, las dificultades en las relaciones sociales y en la familia dejan una merma en la autoestima del paciente, lo cual desemboca en sentimientos de culpa, rabia, ansiedad o depresión. Estudios demuestran como padecer TDAH aumenta la probabilidad de sufrir depresión (Ordoñez y Álvarez-Higuera, 2012).

*Trastornos del ánimo en personas adultas con TDAH* no suelen ser crónicos. Las manifestaciones en el ánimo en éstos son de corta duración. Una emoción frecuentemente descrita por los pacientes es el «aburrimiento» (Roizblatt et al., 2003, p.1197).

*Trastornos de la personalidad (12-28%):* el TDAH se asocia con frecuencia al trastorno antisocial de la personalidad y al trastorno límite de la personalidad (Morales, et al., 2011). Este es una de las patologías comórbidas más frecuentes en el TDAH, asociado especialmente al subtipo combinado o hiperactivo-impulsivo (Biederman, 2004)). Del *trastorno de personalidad limítrofe* contiene algunos componentes como ataques de ira, labilidad emocional y sentimientos de aburrimiento, sin embargo, la impulsividad de los pacientes con TDAH es de duración más breve (Roizblatt et al., 2003, p.1197). Es según De la Garza (2006) “el grupo de pacientes con peor evolución en la adultez” (p. 100).

*Drogodependencias (20%):* las enfermedades que ocasionan adicción pueden relacionarse con una elevada comorbilidad con TDAH (Benito, 2008). Existen grandes evidencias de que el trastorno que tratamos con la presente revisión interfiere en problemas de abuso de sustancias, con su consecuente dificultad para la recuperación. Como manifiesta De la Garza (2006) “entre el 10 y 30% de los adultos consumen de

forma habitual sustancias adictivas y 1 de cada 6 padece además de TDAH alcoholismo” (p.61). Así es habitual en estos pacientes como señala la Unidad de Salud Mental Infancia y Adolescencia (USMIA, 2010) que “se origine un círculo vicioso de comportamiento antisocial-drogadicción-delinuencia” (p. 4).

Hay diversas razones que explican la elevada coincidencia de TDAH y enfermedades adictivas. Entre ellas encontramos que los pacientes con los tipos “hiperactivo-impulsivo” y “combinado” tienen una naturaleza más experimental y temeraria, mientras que los sujetos pertenecientes al tipo inatento se inclinan hacia el uso de sustancias auto-estimulantes como el cannabis (Ohlmeier et al., 2009).

*Otras comorbilidades:* junto a las anteriores trastornos asociados al TDAH encontramos otros menos habituales como la ludopatía, la adicción a internet, las compras compulsivas, trastornos en la conducta alimentaria etc. Además se ha demostrado que las personas que sufren el trastorno tienen mayor cantidad de comportamientos temerarios e imprudentes que implican riesgos durante la conducción: esto se aprecia en el mayor porcentaje en accidentes de conducción en sujetos con TDAH respecto a la conducción normal (Ordoñez y Álvarez-Higuera, 2012). A esto hay que sumarle problemas personales asociados a la inestabilidad matrimonial y problemas de pareja (Ordoñez y Álvarez-Higuera, 2012). Lo que puede explicarse por la inatención, falta de control que poseen los pacientes y su facilidad para irritarse.

Y es de vital importancia señalar el bajo éxito académico y laboral que alcanzan los individuos con el trastorno en relación con su inteligencia y educación. Esto podría explicarse por sus problemas de adaptación y disciplina en el ámbito escolar (Soriano, 2009, p.2).

La validez de que el diagnóstico del trastorno prevalece en adultos se sustenta sólidamente en un cuadro sintomatológico claramente identificable y que persiste a lo largo del tiempo, la detección de alteraciones neuropsicológicas y la respuesta ante un tratamiento específico (Benito, 2008, p. 18).

## **5. Prevalencia del trastorno en la edad adulta.**

Aunque la presencia del TDAH se piensa que comienza en la infancia, cada vez son más los casos e investigaciones que demuestran que el trastorno prevalece hasta la edad adulta y es más frecuente en esta etapa evolutiva de lo que se especula (Aragón et al., 2010). Esto es así porque todavía hoy existe un gran desconocimiento sobre su prevalencia en el futuro, pero el desconocimiento era aún mayor hace algunas décadas, cuando se pensaba que los síntomas y el impacto funcional del TDAH desaparecen al llegar a esta etapa del desarrollo (Aragón et al., 2010). Hoy día sabemos que un adulto con TDAH siempre ha sido un niño con TDAH, pero no todo niño con el trastorno lo mantendrá obligatoriamente en la adultez (Ordoñez y Álvarez-Higuera, 2012). Los estudios revelan una evolución crónica del problema y según Aragón et al. (2010) basándose en datos recientes estima que “el trastorno tiene una prevalencia entre la población del 3-4%” (p. 416). Es aquí donde hay que destacar el estudio de prevalencia realizado sobre una población de más de 9000 individuos en la réplica del National Comorbidity Survey (NCS-R), efectuado con criterios DSM-IV (Benito, 2008).

Pero el gran problema que acompaña al trastorno es en palabras de De la Garza (2006) “la falta de diagnósticos o prescripciones erróneas, según datos recientes se estipula que solo 1 de cada 4 sujetos fueron diagnosticados en su niñez, por lo que llegan a la adultez siendo desconocedores de su problemática” (p.23).

La posibilidad de que la continuidad de los síntomas pudiera persistir en la edad adulta se empieza a tener en cuenta a finales de los años 60. El gran incremento de los conocimientos sobre el TDAH en adultos se produce a lo largo de los años 90, con la publicación de diversos estudios sobre el mismo en los cuales se afirmaba que la evolución del TDAH a lo largo de la vida varía de unos sujetos a otros: en algunos pacientes tienden a desaparecer, en otros persisten los principales síntomas (estado residual), mientras que hay otros en los que el paciente empeora su diagnóstico, desarrollando trastornos psíquicos como personalidad antisocial o consumo de sustancias (Ordoñez y Álvarez-Higuera, 2012). Fue durante esta época cuando Europa inicia los primeros programas de atención para adultos con TDAH (Noruega, Holanda, Alemania). En España hubo que esperar al 2002 para que se creara en Barcelona el primer centro con un programa especializado en el diagnóstico y tratamiento del TDAH en adultos (Ordoñez y Álvarez-Higuera, 2012).



El pronóstico de que el trastorno prevalezca durante la edad adulta empeora cuando afecta al sexo masculino (Mena et al., 2011). Entre este grupo la proporción de incidencia del TDAH es según Roizblatt (2003) “de 3 a 9:1 respecto a las mujeres, aunque también es cierto que en éstas los síntomas suelen ser más severos en estas pacientes” (p.1). También existen evidencias que demuestran que el tener un trastorno oposicionista desafiante o trastornos psiquiátricos comórbidos empeora la situación. Otro importante indicador de una peor evolución del problema es un nivel económico (De la Garza, 2006).

Sin embargo la continuidad del trastorno va reduciéndose si los progenitores carecen de patologías antisociales. Además el pronóstico tiene mejor evolución si el TDAH no es del tipo hiperactivo. Aunque el TDAH de tipo inatento pasa inadvertido un tratamiento temprano también mejora su evolución (De la Garza, 2006).

Tras hacer una breve revisión de los factores que acrecientan o minimizan el problema podemos concluir que en los adultos con TDAH existen subgrupos (De la Garza, 2006, p. 102):

- Sujetos con pocos problemas, para los que el TDAH no supone un obstáculo en sus vidas.
- Pacientes que en la adultez continúan con síntomas que desarrollaron en la infancia, pero acrecentados por problemas emocionales, sociales y en el trabajo.
- Pacientes con graves patologías psiquiátricas y con conducta antisocial.

Concluimos señalando a partir de lo anterior, que debido a su alta frecuencia es de gran importancia un adecuado diagnóstico, lo cual incidirá sobre un beneficioso tratamiento para la persona, lo que a su vez favorecerá una buena evolución del mundo familiar, laboral y social de los pacientes (Aragón et al., 2010).

## **6. Impacto que sufren los afectados por TDAH no diagnosticados.**

Crecer con el TDAH sin diagnosticar o infradiagnosticado puede tener efectos negativos en los adultos (Ruiz et al., 2005). Las personas que entran dentro de este grupo de pacientes suelen tener características descriptoras comunes originadas por la falta de diagnóstico que se manifiestan en forma de un bajo rendimiento académico,

peores relaciones sociales, dificultad para mantener amigos, peor ajuste social o peor autoestima. En el plano laboral tienen trabajos peor remunerados y por debajo de su potencial, sufren despidos con mayor frecuencia y son peor valorados por sus compañeros y jefes (Ordoñez y Álvarez-Higuera, 2012).

Además como ya se ha hecho referencia en el apartado de “comorbilidades”, la posibilidad de sufrir un mayor riesgo de trastornos por abuso de sustancias (tabaco, alcohol o drogas), de accidentes y de delincuencia es enormemente mayor entre los pacientes que sufren de un trastorno no diagnosticado clínicamente (USMIA,2010).

## **7. Criterios para diagnóstico del trastorno.**

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más polémicos, por la falta de acuerdo en los criterios, instrumentos y procedimientos diagnósticos (Morales et al., 2011).

Según diversos estudios, Ordoñez y Álvarez (2012) “se estima que alrededor de un 4% de los adultos podrían sufrir TDAH” (p.32). Pero para que esta afirmación diagnóstica sea cierta el sujeto debe presentar los síntomas descritos anteriormente en un número, frecuencia y gravedad determinado. Mostrar uno o dos síntomas propios del TDAH no sería indicador de que la persona esté afectada por este problema (Barkley, 2009).

El profesional encargado de explorar y redactar el informe diagnóstico en adultos deberá ser un médico, generalmente un psiquiatra o también un neurólogo de la conducta, un psicólogo clínico o un psicólogo educativo (De la Garza, 2006).

Los individuos los cuales fueron diagnosticados de TDAH por su médico en la infancia como manifiesta Soriano (2009) “suelen reducir el número de síntomas presentados, aunque sigan manifestando dificultades de adaptación. A estos casos se les conoce como TDAHs en remisión parcial” (p.2). Por esta razón es tan importante la idea que venimos manteniendo desde el principio, de realizar y advertir lo más temprano posible la existencia del trastorno, ya que esto conlleva a la elección de un tratamiento personalizado para el paciente que no solo evita un empeoramiento en su evolución, sino porque en algunas ocasiones puede combatir el problema.

Siguiendo con la idea anterior, a continuación pasaremos a identificar los elementos a tener en cuenta para el desarrollo de un estandarizado protocolo de diagnóstico en la edad adulta:

- Una historia clínica del paciente que incluya problemas del desarrollo, rendimiento escolar, laboral y antecedentes psiquiátricos, además de la medicación tomada si la hubiere (De la Garza, 2006). Es muy importante en el caso de que no haya diagnóstico firme en la infancia, recordar si hubo antecedentes de TDAH durante la niñez, además de información actual de gente cercana al paciente, ya que éste no suele ser tan consciente de sus síntomas como las personas que lo rodean, es decir, necesitaremos una entrevista clínica que examine la sintomatología pasada y presente (Benito, 2008).

- En otras ocasiones son necesarias otros instrumentos de evaluación como pruebas psicológicas para determinar debilidades cognitivas o de aprendizaje, así como para realizar la evaluación de comorbilidades psicológicas (Soriano, 2009). En este caso es necesario servirse de los diversos test y cuestionarios ya existentes que miden déficits en gran variedad de áreas y habilidades que afectan a la persona que padece en principio el problema. En su caso también es apropiado construir instrumentos específicos que incluyan las características de validez y fiabilidad. A continuación se pasarán a describir de forma sintetizada los principales instrumentos evaluativos del trastorno en personas adultas (ver anexo: tabla1).

- Realizar un examen físico para descartar otros problemas médicos. Es importante descartar otras anomalías, por lo que esta pauta a la hora de realizar el diagnóstico correcto es muy útil (Ordoñez y Álvarez-Higuera, 2012).

- Los síntomas se deben presentar de forma persistente (por seis meses), y deben existir evidencias de que éstos empezaron antes de los 7 años (Barkley, 2009). La nueva versión del DSM-V ahora ha aumentado la edad de inicio del trastorno a los 12 años (Martínez y Rico, 2013). En palabras de Barkley (2009) “La precisión de este criterio es ampliamente cuestionada debido a que carece de una justificación empírica. Además de que es muy difícil que los adultos con TDAH (y sus padres) puedan recordar con exactitud el inicio de los síntomas” (p. 4). Conjuntamente estos deben aparecer con una

intensidad suficiente para que pueda ser perjudicial para la actividad social, académica o laboral de la persona (De la Garza, 2006).

Una herramienta efectiva que nos puede servir como guía para no caer en un diagnóstico erróneo, es la lista de criterios propuestos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad en los adultos descritos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-V-TR) (Ordoñez y Álvarez-Higuera, 2012). Estos criterios se vienen utilizando desde hace más de 14 años, aunque existe gran disparidad de opiniones en referencia al mismo (Barkley, 2009). Para la realización del diagnóstico existe un margen de síntomas que es necesario presentar: un mínimo de 6 de los 9 síntomas de inatención, 6 de los 9 síntomas de hiperactividad e impulsividad (De la Garza, 2006). Esto subclasificará al sujeto como afirma Barkley (2009) “en uno de los tres tipos en los que se manifiesta el trastorno: combinado (C), déficit de atención (DA) o hiperactividad-impulsividad (HI)” (p.101). Ahora la nueva versión del DSM, incluye una cuarta categoría: la del trastorno inatento restrictivo, sin o con muy poca sintomatología hiperactivo/impulsiva (máximo 2 síntomas) (Martínez y Rico, 2013). Como caso excepcional, encontramos el TDAH residual, el cual es un paciente diagnosticado desde la infancia, que no cumple en la edad adulta el criterio de presentar 6 o más síntomas, pero cuyos síntomas residuales causan malestar en su vida (Ordoñez y Álvarez-Higuera, 2012).

Esto implica en opinión de Barkley (2009) “asumir que estas dimensiones son independientes entre sí, que un umbral crítico de síntomas en cualquier dimensión es suficiente para el diagnóstico a todas las edades y que es necesario tener en cuenta 18 síntomas a la hora de detectar el trastorno con precisión” (p.101).

Pero en opinión de Barkley (2009) es importante:

Tener en cuenta una única lista de síntomas, ya que las dos dimensiones están estrechamente relacionadas entre sí. En este aspecto existe mucha discordancia. Mientras unas investigaciones apoyan la presencia de diferentes listas de síntomas dependiendo del subtipo, otras demuestran que muchos de los síntomas presentes en los sujetos con el tipo DA de TDAH también aparecen en la lista de síntomas de la HI, por lo que es absurdo si atendemos a esta idea necesitar nueve síntomas de cada tipo para realizar el diagnóstico. Así por tanto los investigadores que rechazan esta variedad de listas sintomatológicas para

realizar el diagnóstico, señalan que sólo son necesarios nueve síntomas para maximizar la discriminación del TDAH en adultos de los grupos con otros trastornos o población sin problemas. (p. 102)

Como ya se ha comentado con anterioridad, la sintomatología que se manifiesta con el trastorno cambia con la edad. De aquí procede otra de las mayores confrontaciones de ideas: el umbral que se utiliza en las diferentes etapas del desarrollo. No es ilógico pensar que es erróneo utilizar el mismo umbral para todas las edades, ya que a lo largo de las diferentes etapas que afectan al sujeto, la sintomatología asociada al trastorno varía; por lo que utilizar un único resultado límite invariante es caer en el error (Barkley, 2009). Este es por tanto uno de los aspectos del DSM que más se han criticado, ya que en el mismo no se tiene en cuenta esta consideración. Barkley (2009) rechaza tal umbral alegando que:

El umbral de DSM-IV se desarrolló en niños y se probó sólo en ellos; por lo tanto, no se puede aplicar también a los adolescentes o a los adultos, por lo que si se ha de conservar la lista actual de síntomas, habrá que desarrollar umbrales más bajos para los adolescentes y los adultos. (p.102)

O alternativamente, señalar constructos nuevos en las escalas diagnósticas del DSM y no incluir, como se viene haciendo hasta ahora, dimensiones ascendentes de los síntomas existentes en la infancia, extendiéndolos a la edad adulta (Faraone y Antshel, 2008). Todo esto nos muestra que existe un conjunto de síntomas mejor para diagnosticar a las personas adultas que el que se viene utilizando.

Tras todo lo anterior, es importante conocer todos los métodos existentes para hacer una evaluación amplia por tres razones (De la Garza, 2006, p.106):

1. Para establecer un diagnóstico preciso.
2. Para evaluar la presencia de otras condiciones médicas o educativas incapacitantes.
3. Descartar otras explicaciones alternas no probadas para las conductas o dificultades ocupacionales, académicas o de relaciones.

## **8. Tratamientos del TDAH en la edad adulta. Beneficios.**

El TDAH es un trastorno del desarrollo a lo largo de la vida, lo que quiere decir que la persona cuando llega a la edad adulta carga con una gran cantidad de acontecimiento negativos, a los que se suman problemas en el trabajo, en la familia, en las relaciones etc. Dado que los síntomas del TDAH tiene efectos globales sobre la vida del adulto se recomienda un tratamiento que intervenga sobre las distintas áreas que afectan al paciente (Ordoñez y Álvarez-Higuera, 2012)

A pesar de que no existe una cura para el TDAH poder encontrar tratamientos eficaces para adultos que pueden ayudar a manejar sus síntomas. Los más frecuentes son el farmacológico y el psicológico (Benito, 2008). A estos hemos añadirle el pedagógico, porque una buena educación en diferentes áreas de su vida puede serle de especial utilidad, además de una educación sobre la naturaleza y manejo del trastorno.

Como demuestran numerosos estudios el mejor tratamiento es aquel que combina varios tipos de intervención: tratamiento multimodal (Ruíz et al., 2005). Éste comprende:

*Farmacoterapia* del TDAH y otros trastornos comórbidos: los primeros estudios sobre este tratamiento en personas adultas data de 1976, sin embargo es en la década de los 90 cuando las evidencias de la eficacia del tratamiento en adultos se consolidan (Ordoñez y Álvarez-Higuera, 2012). Así podemos encontrar dos tipos de fármacos para el tratamiento del mismo: estimulantes y no estimulantes. Ambos actúan aumentando el nivel de dopamina y noradrenalina, los cual se encuentran de forma deficitaria en el organismo del paciente con TDAH (Roizblatt et al., 2003). Generalmente son más recomendables los fármacos estimulantes. El fármaco más utilizado en España de este tipo es el metilfenidato, cuya eficacia está más que demostrada en niños (Barkley, 2013). Como nos muestra el mismo autor Barkley (2013) “investigaciones han probado como la medicación mejora los síntomas de entre el 70 y 95% de los adultos que la toman (p. 111).

Además diversos estudios señalan los efectos beneficiosos del tratamiento del TDAH con metelfenidato, no solo para el trastorno en sí, sino para la prevención en el abuso de sustancias y para la deshabitación de los drogodependientes (USMIA, 2010).

El uso de estos fármacos como ya se describió con anterioridad en otros apartados y como afirma Soriano (2009) “no sólo ha demostrado la remisión de los síntomas del TDAH, sino que también disminuyen el riesgo de abuso de sustancias” (p.6).

*Terapia psicología sobre el TDAH y otros trastornos comórbidos:* tiene como objetivo adaptar al individuo a su entorno, desarrollando hábitos y estrategias de conducta que le permitan tener éxito en las tareas cotidianas. Su autoestima también es muy reforzada en este tipo de tratamiento (Roizblatt, 2003). Entre las estrategias que utiliza para el tratamiento del paciente encontramos:

1. Psicoterapia cognitivo-conductual: este es uno de las técnicas que ha demostrado mayor eficacia en el tratamiento del TDAH en adultos (Navarro, 2009). Consiste en:

Un tratamiento de apoyo en el manejo de los pensamientos distorsionados y las emociones. Su finalidad es aportar estrategias a los pacientes para resolver problemas prácticos. Para tratar estas creencias se utilizan modificaciones de la conducta que incluye: generar alternativa más positivas para interpretar los hechos, enseñar a la persona a que no salte rápidamente a un extremo negativo y a conclusiones apresuradas y reconocer e interrumpir estos pensamientos negativos anteponiendo otros más correctos y positivos, en resumen: ofrecerle otra visión más optimista. Además de enseñarle a mantener los cambios conductuales, de manera que el sujeto pueda mantener un control del ambiente. (De la Garza, 2006, p.143)

Se realiza durante un periodo de tiempo variable, poniendo especial atención en aquellas áreas donde el paciente encuentra mayor dificultad: manejo del tiempo, solución de problemas, control de impulsos, desarrollo de planificadores diarios, sistemas de archivos u otras rutinas etc. (Ordoñez y Álvarez-Higuera, 2012)

2. Tratamiento psicosocial: a pesar de que todavía se necesita mayor investigación sobre el tratamiento psicosocial para los adultos con TDAH, lo que se busca con este tipo de intervención es lograr la aceptación del padecimiento y promover la

necesidad de mantenerse en tratamiento durante el tiempo que sea necesario (Ruiz et al., 2005).

*Terapia pedagógica:* desde el punto de vista de la pedagogía podemos decir que desde esta profesión tenemos mucho que hacer para rescindir los efectos negativos que acompañan al trastorno. Desde este tipo de terapia lo que se pretende es conocer el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre su enfermedad y tras ello educarlo sobre el mismo y su sintomatología, consecuencias, heredabilidad, soluciones etc.

Las personas que padecen TDAH han sufrido a lo largo de sus vidas un cúmulo de experiencias negativas que le llevan a tener una mala concepción de sí mismos. Educar sobre la naturaleza del problema y sus causas hace que el propio sujeto y los de su alrededor den respuesta a muchos interrogantes sobre el origen de esos déficits, es decir, pueden llegar a desculpabilizar al paciente sobre las dificultades que presenta (Benito, 2008; de la Garza, 2006). Con esta terapia también se pretende ofrecer al sujeto una evaluación global de sí mismo, identificando donde están sus debilidades para poder trabajar sobre ellas y mejorarlas y resaltando sus fortalezas, ya que es habitual que muchos de los pacientes afectados por TDAH no sean capaces de reconocer sus valías (Ordoñez y Álvarez-Higuera, 2012). Las consecuencias más beneficiosas de este tipo de intervenciones reposarán sobre la autoestima del paciente, lo que a su vez repercutirá positivamente en su círculo de relaciones interpersonales. Además, los malentendidos y discusiones habituales irán disminuyendo debido a que se aclarará la causa de todos los déficits que acompañan al sujeto. Esto favorecerá una actitud más comprensiva y constructiva por parte de sus familiares, amigos y pareja (Benito, 2008).

Para una mejor descripción de este tipo de terapia proponemos algunos ejemplos que podrían ser útiles para llevar a cabo la misma. Bajo la orientación y supervisión de un profesional de este ámbito el paciente podría comenzar a indagar y descubrir un poco más sobre el tema que le afecta interactuando con materiales que el pedagogo le proporcionaría. Un ejemplo de ello podrían ser lecturas frecuentes o la participación en congresos que convirtieran progresivamente al sujeto en su propio formador y conocedor del tema que le atañe. También podría hacer uso de la escritura para dar a conocer por medio de los distintos recursos narrativos la problemática tan oculta pero frecuente a la vez. El periódico o los recursos digitales sería un medio muy útil para que el paciente exteriorizara sus inquietudes y las sabidurías que hubiera ido adquiriendo. Con este tipo de ejercicios a su vez puede trabajarse la atención, la concentración y



estrategias de memoria. Además es útil ofrecerles una orientación vocacional, una asistencia en el manejo del tiempo, en la organización de sus actividades académicas o laborales, en el establecimiento de rutinas habituales.

También sería interesante hacer que el propio afectado formara parte de intervenciones de tipo preventivo tanto en instituciones propias del sistema educativo como en instituciones de tipo laboral. Esto tendría efectos beneficiosos tanto para la persona que imparte la charla informativa como para las que reciben. Esta es una forma de advertir a algunos sujetos que no han sido diagnosticados, de la posibilidad de que pudiera persistir un problema o trastorno en su persona.

Todos estos ejemplos de actividades deben, a mi juicio, estar organizados, supervisados y guiados por el especialista educativo que se ocupe del caso.

El tratamiento farmacológico es algo que el individuo tiene que hacer de forma personalizada y bajo la prescripción de un médico. Sin embargo tanto la terapia psicológica como la pedagógica pueden llevarse a cabo de diferentes formas: estas incluyen terapia individual únicamente al individuo que recibe la sesión sirviendo de apoyo y acompañamiento al paciente hasta que es capaz de seguir la evolución por sí mismo; esto también se conoce como coach (Ruíz et al., 2005). También puede desarrollarse a través de grupos de apoyo (Soriano, 2009). Esta estrategia suele ser muy valiosa para adultos con TDAH, ya que se relacionan con otras personas con problemas similares, pudiendo compartir experiencias y consejos. Acudir a tales grupos favorece la motivación del paciente, su aceptación y sus ganas para mejorar. Finalmente como es lógico el paciente no es un individuo aislado en el mundo por lo que es muy recomendable que acuda habitualmente con sus familias a las terapias. Este tipo de tratamiento ayuda a encuadrar dentro del sistema familiar el problema (Soriano, 2009).

Cada persona es un mundo, por esta razón debemos aplicar al paciente un tratamiento personalizado, adaptado a sus características y que comprenda todas las áreas sobre las que el sujeto tiene problemas. Es importante no generalizar.

## **9. Conclusión.**

De la presente revisión podemos obtener algunas conclusiones que sintetizen las ideas principales:

El TDAH es un trastorno profundamente estudiado en niños y adolescentes, pero poco investigado en adultos. Las causas que lo producen están aún por demostrar pero se apuesta principalmente por un origen biológico.

El trastorno que nos ocupa se inicia en la infancia pero en más de un 50% perdura en la edad adulta, por lo que actualmente podemos afirmar que es un trastorno que no cesa en muchos de los casos en los que aparece, por lo que es totalmente válido afirmar que un 3-4% de los adultos también pueden padecer TDAH. Aún refutando está afirmación ampliamente demostrada mediante diversas investigaciones, la realidad es que existe un trastorno en adultos escasamente detectado o muchas veces infra diagnosticado, lo que deja ver que multitud de tratamientos que se están prescribiendo son incorrectos.

El tema del diagnóstico en personas adultas es una cuestión preocupante y motivo de discordancia entre múltiples expertos. Aunque existen instrumentos evaluativos del trastorno altamente válidos para niños, la validez de los mismos en las personas adultas no está tan demostrada. Se utilizan criterios y umbrales de síntomas generalmente inapropiados para la etapa del desarrollo que nos ocupa, por lo que nos lleva a pensar que pudiera existir una mejor lista de síntomas para la fase adulta que los expuestos en el DSM-V.

Aunque no existe un tratamiento para remitir el problema en su totalidad, si contamos hoy día con una diversidad de tratamientos que pueden generar efectos beneficiosos para el paciente. Lo más aconsejable es intervenir sobre el afectado mediante un tratamiento multimodal el tratamiento multidisciplinar es lo más eficaz para el manejo y remisión de síntomas, que incluya principalmente farmacología, tratamiento psicológico, cognitivo-conductual y educativo.

Esta conclusión genera nuevas preguntas que podrían ser motivo de investigaciones futuras como: ¿Qué efectos e impacto reales sufren las personas con TDAH no diagnosticadas? ¿Debería de tener la atención médica rimaría un papel más decisivo en la detección y manejo del trastorno? ¿Debería tener el pedagogo un papel más determinante en el tratamiento del trastorno?

## **10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

- Aragonés, E., Piñol, J.L., Ramos-Quiroga, J.A., López-Cortacans, G., Caballero, A., y Bosch, R. (2010). Prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en personas adultas según el registro de las historias clínicas informatizadas de atención primaria. *Revista Española Salud Pública*, 84(4), 415-420.
- Barkley, R.A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de Neurología*, 48(2), 101-106. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/48S02/bbS02S101.pdf>.
- Barkley, A.R. (2013). *Tomar el control de la vida adulta*. Barcelona, España: Octaedro.
- Benito, R. (2008). *Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Madrid, España: Draft Editores. Recuperado de <http://www.slideshare.net/fundacioncadah/evolucin-en-el-trastorno-por-dficit-de-atencin-e-hiperactividad-tdah-a-lo-largo-de-la-vida>.
- Biederman, J., Mick, E., Stephen V. y Faraone, S.V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *The American journal de psychiatry*, 157(5), 816-818. Recuperado de <http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=174121#References>.
- Biederman, J., Monuteaux, M.C., Doyle, A.E., Seidman, L.J., Wilens, T.E., Ferrero F,... Faraone, S.V. (2004). Impact of executive function deficits and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on academic outcomes in children. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 72(5), 757-766. Recuperado de <http://psyresearch.org/abstracts/ccp>.
- De la Garza, F. (2006). *Hiperactividad y déficit de atención en niños y adultos*. Sevilla, España: Trillas.
- Horacio, E., Belmonte, P., y Shansis, F. (2003). Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Revista Psiquiatria RS*, 25(3), 446-452.
- Kessler, R., Lenard, L.A., Barkley,R., Biederman, J., Conners, C.K., Faraone, S.V.,...Zaslavsky, A.M. (2005). Patterns and Predictors of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Persistence into Adulthood: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1442-1451. Recuperado de <http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/action/doSearch?searchType=quick&searchText=%29.+Patterns+and+Predictors+of+Attention->

[Deficit%2FHyperactivity+Disorder+Persistence+into+Adulthood%3A+Results+from+the+National+Comorbidity+Survey+Replication.+&occurrences=articleTitleAbstractKeywords&journalCode=bps&searchScope=fullSite.](#)

Martínez, B., y Rico, D. (2013). *DSM-5 ¿Qué modificaciones nos esperan?* Valencia: Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado de <http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.uned.es%2Fpls%2Fportal%2Furl%2FITEM%2FD7179D4DB59A7DE1E040660A33703D33&ei=6kuhU8OSCeLA0QXdhYDABQ&usg=AFQjCNHbxwDzUNi6OFV3caTnoYkHkrUSjg&bvm=bv.69137298,d.ZGU>.

Mena, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, P., y Romero, B. (2011). *El alumno con TDH*. Barcelona, España: Mayo.

Morales, E., Martínez-Taboas, A., y Sayers-Montalvo, S. (2011). Validación de la escala de auto-detección del trastorno por déficit de atención hiperactividad-adulto (EATDAH-A) en población adulta de Puerto Rico con trastorno de déficit de atención con hiperactividad. *Salud & Sociedad*, 2(1), 32 – 42. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4017512>.

Navarro, R. (2009). *Persistencia del TDAH en adultos. Estudio de seguimiento en los CSM de la CAM* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Newcorn, J.H., Weiss, M., y Stein, M.A. (2007). The complexity of ADHD: diagnosis and treatment of the adult patient with comorbidities. *CNS Spectrums*, 12(8), 1-14.

Ohlmeier, M., Karsten, P., Te Wildt, B., Zedler, M., Ziegenbein, M., Wiese, B., ... Schneider, U. (2009). Comorbilidad de la Dependencia a Alcohol y Drogas y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *Revista de Toxicomanía*, (58), 12-18. Recuperado de [http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret58\\_2.pdf](http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret58_2.pdf).

Ordoñez, M.J. y Álvarez-Higuera, R. (2012). *Tú tampoco estás solo*. Madrid, España: Libros Cúpula.

Regier, D.A., Narrow, W.E., Kuhl, E.A., y Kupfer, D.J. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-V*. Estados Unidos: Masson.

Roizblatt, A., Bustamente, F., y Bacigalupo, F. (2003). Trastorno por déficit atencional con hiperactividad en adultos. *Revista Médica de Chile*, 131(4), 1195-1201. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003001000015](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003001000015).

Ruiz, M., Gutiérrez, J., Garza, S., y de la Peña, F. (2005). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Actualidades diagnósticas y terapéuticas. *Academia Mexicana de Pediatría*, 62, 145-151.

Soriano, Y. (2009). *El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad TDAH en adultos*. España: Cinteco. Recuperado de <http://www.cinteco.com/profesionales/2009/03/26/el-trastorno-por-deficit-de-atencionhiperactividad-tdah-en-adultos/>.

Unidad Salud Mental Infancia y Adolescencia (2010). *Guía para el manejo farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en el adulto en atención primaria*. Recuperado de <http://www.slideshare.net/aneronda/gua-tdah-adulto-ap-2010-usmia-1>.

Valdizán, J.R. y Izaguerri-Gracia, A.C. (2009). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Revista de Neurología*, 48 (2), 95-99. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/48S02/bbS02S101.pdf>

# ANEXOS.

- **TABLA 1. Principales Escalas Evaluativas del TDAH en la etapa adulta.**

ESCALAS DE VALORACION DEL TDAH.	AUTORES	APLICACIÓN	TIEMPO	AREAS EVALUADAS	INFORMANTES	N° DE ITEMS.
<b>Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID-part II)</b>	Conners	Los síntomas se evalúan con una combinación de frecuencia y gravedad. Los pacientes responden a una escala de tipo Likert (0 = no, nunca, 1 = un poco, de vez en cuando, 2 = bastante, a menudo, y 3 = mucho, con mucha frecuencia.	No disponible	Identificar la presencia de los 18 criterios diagnósticos DSM-V en la infancia (de manera retrospectiva). Se pregunta también por factores de riesgo relacionado con el temperamento, desarrollo, ambiente, e historia médica. Otros datos que se recogen son las historias académica, ocupacional, y social/relacional, y un screening de posibles trastornos comórbidos.	Autoinforme y Observador externo.	30
<b>Barkley's Current Symptoms Scale-Self-Report Form</b>	Russell A. Barkley and Kevin R. Murphy	Usa una gradación que va de 0 (nunca o raramente) a 3 (muy a menudo). Se pregunta al paciente también cuándo comenzaron los síntomas, y cómo interfieren con sus actividades diarias en diversas áreas. También la presencia de comorbilidad con el trastorno oposicionista desafiante.	No disponible	Valora la frecuencia con la que se presentan los 18 síntomas DSM V. Los ítems impares valoran la frecuencia de los síntomas de inatención, y los pares la frecuencia de los síntomas de hiperactividad e impulsividad. Valora la comorbilidad con el trastorno oposicionista desafiante.	Autoinforme	18
<b>Adult ADHD Self Report Scale (EATDAH-A)</b>	Leonard Adler, Ronald C. Kessler y Thomas Spencer en conjunto con la (OMS).	El sujeto tiene que dar respuesta a los ítems por medio de 4 puntuaciones que van desde 0 (nunca), 1 (raramente), 2 (a veces), 3 (frecuentemente) y 4 (muy frecuentemente).	No disponible (breve duración)	Es una prueba efectiva para desarrollar una fuerte sospecha clínica de un probable TDAH en adultos. Esta escala mide inatención, hiperactividad e impulsividad.	Autoinforme	(18) Puede Reducirse a 6.

<p><b>Adult Self-Report Scale (ASRS)</b></p>	<p>World Health Organization (W.H.O), y los siguientes investigadores:          Lenard Adler, MD.          Ronald C. Kessler, PhD          Thomas Spencer, MD</p>	<p>Para cada cuestión el paciente indica la frecuencia con la que se presenta el síntoma marcando una X en la casilla que corresponda, en una escala de 5 niveles desde “nunca” hasta “muy a menudo”.</p> <p>Algunas casillas están sombreadas. Cuatro o más marcas en las casillas sombreadas de las primeras 6 cuestiones (Parte A) indica que los síntomas del paciente son muy consistentes con un TDAH, y hacen aconsejable una entrevista diagnóstica más detallada.</p> <p>Las casillas sombreadas de la sección B reforzarían la sospecha diagnóstica, e indicarían otras áreas de exploración.</p>	<p>No disponible</p>	<p>Valora la frecuencia actual de los 18 síntomas del DSM V.</p>	<p>Autoinforme</p>	<p>18</p>
--	---	---	----------------------	--	--------------------	-----------



<p><b>Wender Utah Rating Scale (WURS-español)</b></p>	<p>No disponible</p>	<p>Basada en los criterios de los UTAH. Todos los ítems hacen referencia al encabezamiento ‘De pequeño yo era (o tenía) (o estaba)’. Cada ítem puntúa 0 (nada en absoluto o casi nada), 1 (un poco), 2 (moderadamente), 3 (bastante) o 4 (mucho).</p> <p>Se han sombreado 25 de los 61 ítems para discriminar a los pacientes con TDAH durante la infancia.</p>	<p>No disponible</p>	<p>Valora problemas ocupacionales y sociales. Tiene una sub-escala que ayuda a hacer el diagnóstico retrospectivo de TDAH en la infancia. Los 42 primeros recogen información sobre conductas, estados de ánimo, problemas de relación con familiares, compañeros y figuras de autoridad; los siete ítems siguientes recogen problemas médicos; y los últimos 12, problemas escolares y académicos.</p>	<p>Autoinforme</p>	<p>61</p>
<p><b>Brown Attention-Deficit Disorder (ADD) Rating Scale for Adults</b></p>	<p>No disponible.</p>	<p>El sujeto debe responder a los ítems de frecuencia que se valoran, los cuales van de 0 (nunca) a 3 (casi diariamente).</p>	<p>No disponible</p>	<p>Esta escala explora el funcionamiento ejecutivo de los aspectos de la cognición que están asociados con el TDAH. Valora las funciones ejecutivas en 5 áreas: organización del trabajo, concentración y atención sostenida, alerta y esfuerzo sostenido, manejo de la frustración y otras emociones, y memoria de trabajo.</p>	<p>Autoinforme</p>	<p>40</p>

<p><b>Entrevista diagnóstica del TDAH en adultos DIVA</b></p>	<p>J.J.S. Kooij y M.H. Francken</p>	<p>Se empieza, en primer lugar, por los criterios DSM-V para el <i>Déficit de Atención</i> (A1), seguido de los criterios de <i>Hiperactividad-Impulsividad</i> (A2).</p>	<p>Hora/hora y media</p>	<p>Pregunta exclusivamente acerca de los síntomas nucleares necesarios, según el DSM-IV, para realizar el diagnóstico del TDAH, y no sobre síntomas o trastornos concurrentes.</p>	<p>Paciente en presencia de su pareja o familiar</p>	<p>18</p>
---	---	---	--------------------------	--	--	-----------