Comorbilidades del TDAH en Adultos

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Ensayo Académico

Estudiante: Andrea Gacel
C.I: 2.798.362-1
Tutor: Prof. Adj. Dr. Hugo Selma
Revisor: Asist. Mag. Vicente Chirullo

Facultad de Psicología, Universidad de la República.
Montevideo, Diciembre 2024

Índice

Índice **1**
Resumen **2**
Abstract **2**
1. Introducción **3**
1.1 Marco Teórico 3
2. Desarrollo **4**
2.1 Generalidades del TDAH 4
2.2 Prevalencia 7
2.3 Etiopatogenia del TDAH 8
2.3.1 Diferencias estructurales y funcionales 8
2.4 Diagnóstico: 10
2.4.1 Recursos para el diagnóstico: 10
2.4.1.1 DSM-5: 10
2.4.1.2 Técnicas y herramientas: 13
2.4.1.3 Diagnóstico diferencial 14
3. Comorbilidades frecuentes del TDAH en adultos 15
3.1 Trastornos del estado del ánimo: 15
3.2 Trastornos de Ansiedad 18
3.3 Trastorno por consumo de sustancias 19
3.4 Trastornos del sueño 21
3.4.1 Trastorno por Insomnio 21
3.5 Trastornos de la conducta alimentaria 22
3.6 Trastornos de la Personalidad 23
3.6.1 Trastorno Límite de la Personalidad 23
3.6.2 Trastorno de la Personalidad Antisocial 24
4. Terapias basadas en evidencia 25
4.1 Terapia de abordaje farmacológico 25
4.2 Terapias y Abordajes Psicoterapéuticos 27
4.2.1 Terapia Cognitivo Conductual 27
4.2.2 Terapia Dialéctico Conductual 27
4.2.3 Mindfulness (Atención Plena) 28
4.2.3.1 MBSR 30
4.2.3.2 MBCT 30
5. Conclusión **32**
Referencias **34**

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, con una prevalencia en la edad adulta estimada alrededor del 4,4%. El TDAH en esta población representa un área creciente de interés clínico en función de las consecuencias psicológicas y sociales negativas que provoca en las personas y su entorno, así como su alta comorbilidad con otras condiciones cuyos síntomas se superponen e incluso llegan a enmascarar el diagnóstico primario generando sub diagnóstico. Entre las comorbilidades más frecuentes en adultos con diagnóstico de TDAH se encuentran los trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, por consumo de sustancias, de la conducta alimentaria, por insomnio, y trastornos de la personalidad (TLP y TPA). Este ensayo aborda la problemática que genera la sintomatología del TDAH en adultos, la importancia del diagnóstico diferencial y tratamiento oportuno, las comorbilidades más frecuentes en esta población y su relación con el TDAH, y las distintas terapias recomendadas a la luz de la evidencia para un tratamiento efectivo e integral que respete la singularidad de cada paciente.

Palabras clave: TDAH, adultos, Comorbilidades, terapias basadas en evidencia

Abstract

Attention Deficit Disorder with or without Hyperactivity (ADHD) is a neurodevelopmental disorder characterized by symptoms of inattention, hyperactivity and impulsivity, which has an estimated prevalence in adulthood of around 4.4%. ADHD in this population represents a growing area of clinical interest based on the negative psychological and social consequences it causes in people and their environment, as well as its high comorbidity with other conditions whose symptoms overlap and even mask the primary diagnosis. generating sub diagnosis. Among the most common comorbidities in adults diagnosed with ADHD are mood disorders, anxiety disorders, substance use disorders, eating disorders, insomnia, and personality disorders (BPD and APD). This essay addresses the problems generated by the symptoms of ADHD in adults, the importance of differential diagnosis and timely treatment, the most frequent comorbidities in this population and their relationship with ADHD, and the different therapies recommended in light of the evidence for a effective and comprehensive treatment that respects the uniqueness of each patient.

Keywords: ADHD, adults, Comorbidities, evidence-based therapies

“La vida es ahora. No ha habido nunca un momento en el que su vida no fuera AHORA, ni lo habrá”

Eckhart Tolle

1. Introducción

1.1 Marco Teórico

“La vida es ahora” (Tolle, 2000), es un concepto potente que puede ser interpretado en varios sentidos. Si lo ponemos en relación con personas que tienen dificultades para gestionar el tiempo (Barkley, 2014), se torna una idea difícil de pensar. Es el caso del trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH).

El TDAH es un trastorno caracterizado por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, con alta prevalencia, que genera consecuencias negativas en distintas áreas de la vida de las personas (Ramos-Quiroga et al., 2012).

Es un trastorno del neurodesarrollo, con base genética y alta heredabilidad (Barkley, 1990; Faraone, 2002), con origen heterogéneo, multifactorial y complejo (Vazquez y Blanco, 2017), en el que una serie de vulnerabilidades biológicas interactúan entre sí y con el entorno (Quintero y Castaño de la Mota, 2014).

Algunas posturas teóricas lo definen como un problema en la capacidad atencional (Douglas, 1984), otras como un déficit en la autorregulación del comportamiento (Barkley, 1997) y otras como una disfunción de las funciones ejecutivas en general (Brown, 2005).
Históricamente se ha relacionado con la infancia y la adolescencia, pero los estudios realizados en las últimas décadas describen que su sintomatología se cronifica en un 60% de los adultos, aunque su expresión varía con la edad o la etapa del desarrollo (Valdizán & Izaguerri, 2009).

A su vez, la valoración del TDAH en la edad adulta está complejizada por el alto índice de comorbilidad con otras entidades clínicas como los trastornos de ansiedad, depresión, consumo de sustancias, entre otros. Estos síntomas pueden confundirse con los de otras patologías, llegando incluso a enmascarar el diagnóstico primario, y generando subdiagnóstico en esta población (Valdizán & Izaguerri, 2009).

Este trabajo busca explorar la manifestación clínica del TDAH en adultos, las principales comorbilidades asociadas y su incidencia, así como la importancia del diagnóstico diferencial y los tratamientos recomendados en la actualidad.

2. Desarrollo

2.1 Generalidades del TDAH

Para Russell Barkley (2006) el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado fundamentalmente por problemas atencionales, y de la capacidad de autorregulación conductual y emocional del individuo; siendo esto acompañado además por sobreactividad e impulsividad en niveles inadecuados a la etapa evolutiva del sujeto. Los síntomas suelen aparecer en la niñez temprana, tienden a ser de carácter persistente a lo largo de la vida, y no se pueden explicar mejor por ninguna otra condición neurológica, motora, sensorial o del habla, ni por discapacidad intelectual o trastornos emocionales graves. Esta sintomatología está estrechamente relacionada con la incapacidad de inhibir la respuesta automática (reacción) en lugar de seguir comportamientos guiados por normas e instrucciones aprendidas, además de problemas con el manejo del tiempo, la planificación y la organización de tareas enfocada a metas, sobre todo cuando esto no se refleja en recompensas a corto plazo (Servera, 2005).

El TDAH es un trastorno del desarrollo, con base genética y alta heredabilidad (Barkley, 1990; Faraone, 2002), con etiopatogenia diversa, multifactorial y compleja (Vazquez y Blanco, 2017), en el que una serie de vulnerabilidades biológicas interactúan entre sí y con el entorno (Quintero y Castaño de la Mota, 2014).

Su primera reseña formal se ubica con Sir Alexander Crichton quien describe en 1798 la capacidad atencional como un hito evolutivo y su déficit como un retraso en dicha evolución (Quintero y Castaño de la Mota, 2014).

Tiempo después el pediatra Sir George Still lo define en 1902 como “Defecto de control Moral” situándolo como enfermedad neurológica de origen probablemente genético o como consecuencia de una lesión al momento de nacer, que provoca dificultades atencionales, inquietud motora, falta de control inhibitorio de la conducta, etc. La misma sintomatología fue descrita en los sesenta como “Disfunción cerebral mínima” por el Dr. Clements, y fue incluído en el DSM-II como “Trastorno hipercinético” (haciendo foco en la sintomatología motora) en 1968. En la siguiente versión del manual DSM-III de 1980, fue incluído con el nombre que se conoce actualmente haciendo referencia a la sintomatología frecuente del déficit de atención con y sin hiperactividad (Curtis et al., 2016).

En 1992 es reconocido por la OMS e incluído en el CIE-10 como trastorno del comportamiento dentro de los trastornos hipercinéticos. En la cuarta versión del DSM del año 2000 se define como TDAH con los tres subtipos conocidos: con predominio de sintomatología de déficit de atención, de Impulsividad/Hiperactividad o Combinado (Curtis et al., 2016).

En la quinta versión del DSM publicada en 2013, hay algunos cambios en la clasificación del trastorno. Entre ellos se destaca que pasa a formar parte del apartado de trastornos del neurodesarrollo, además de que se extiende la fecha de comienzo de los síntomas de los 7 a los 12 años; y se reconoce que el trastorno puede continuar en la edad adulta (Curtis et al., 2016).

Según el DSM en su quinta edición:

> El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo definido por niveles problemáticos de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. La inatención y la desorganización implican la incapacidad de seguir tareas, que parezca que no escuchan y que pierdan los materiales a unos niveles que son incompatibles con la edad o el nivel del desarrollo. La hiperactividad-impulsividad implica actividad excesiva, movimientos nerviosos, incapacidad de permanecer sentado, intromisión en las actividades de otras personas e incapacidad para esperar que son excesivos para la edad o el nivel del desarrollo. En la infancia, el TDAH frecuentemente se solapa con trastornos que a menudo se consideran "trastornos exteriorizadores", como el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta. El TDAH a menudo persiste hasta la edad adulta, con consecuentes deterioros del funcionamiento social, académico y ocupacional (DSM-5, 2013).

El interés creciente de la comunidad científica y la cantidad de estudios focalizados en entender en profundidad distintos aspectos de este trastorno, nos sugieren su alto nivel de complejidad y el grado de interferencia que el mismo produce en la vida de las personas que lo padecen (Rojo et al., 2021). A modo de ejemplo, en una búsqueda realizada por quien suscribe, el 11 de agosto de 2024 en EBSCOhost de las palabras clave: TDAH, o ADHD y ADULTOS en publicaciones arbitradas desde el año 1995 a 2010 arrojó un resultado de 111 documentos. La misma búsqueda entre los años 2011 y 2024 trajo 576 publicaciones.

Según la teoría del Barkley, el núcleo disfuncional del TDAH radica en la incapacidad de inhibición de la conducta, y no en un déficit atencional como indica su nombre. Desarrolla

un modelo centrado principalmente en la maduración insuficiente de las capacidades de inhibir y autorregular el comportamiento (Barkley, 2006).

Barkley construye una teoría basada en la interrelación de tres capacidades afectadas seriamente en el TDAH (Servera, 2005):

1. Inhibición conductual:

- Detener la respuesta automática
- Detener la respuesta inicial si esta resulta inapropiada
- Detener (no permitir) la interferencia de estímulos ajenos a la tarea iniciada.

2. Autorregulación

- Definida como “cualquier acción dirigida hacia uno mismo, que se utiliza para cambiar nuestro comportamiento posterior, para influir sobre la mayor o menor posibilidad de que ocurra una consecuencia en el futuro” (Barkley, 2011).

3. Funciones ejecutivas en la autorregulación

- Las conceptualiza como acciones dirigidas hacia uno mismo que el individuo utiliza para autorregularse. Este modelo se basa en 4 funciones ejecutivas (FFEE): la memoria de trabajo no verbal, la memoria de trabajo verbal (o habla internalizada), el autocontrol de la activación/la motivación/el afecto, y la reconstitución (Servera, 2005).

Estas cuatro funciones suponen la maduración de patrones de conducta, que pasan a ser internalizados por el individuo. Las actividades sensoriomotoras se internalizarían como la memoria de trabajo no verbal, el habla como la memoria de trabajo verbal, la emoción y motivación como el autocontrol de la activación, y la reconstitución sería la internalización del juego (Servera, 2005).

Estas FFEE dependen de la maduración y desarrollo del individuo. Al principio funcionarían de forma hetero reguladas para luego ser incorporadas al conjunto de recursos emocionales y cognitivos con los que opera un sujeto. En el caso de las personas afectadas por TDAH estas funciones están seriamente comprometidas (Servera, 2005).

Para estas personas, desarrollar y mantener comportamientos dirigidos a un objetivo resulta un desafío importante, al igual que regular la conducta, y la emoción. No hay registro operativo de la retroalimentación del proceso y los resultados obtenidos, o estos son escasos. Además, están muy afectados por aspectos irrelevantes de las tareas, lo cual complica su finalización, y su capacidad de organización es deficiente (Servera, 2005).

Otro modelo teórico es el del Dr. Thomas Brown (2010), el cual define el TDAH como un trastorno complejo, multicausal, cuya sintomatología se manifiesta a partir de la primera infancia y a lo largo de toda la vida del individuo, generando consecuencias negativas en el sujeto y su entorno. Brown caracteriza al TDAH como un trastorno de base,

fundamentalmente genético, que expresa su sintomatología en función del ambiente (los patrones de crianza y el entorno) y las adecuaciones o no que pueda tener ese individuo en sus requerimientos sociales. Esta sintomatología a su vez, propiciará o no la aparición de otros trastornos comórbidos a lo largo de la vida del individuo (Brown, 2010).

A diferencia del modelo de Barkley en el que se subordinan las FFEE a la capacidad de inhibición conductual, Brown propone el TDAH como un trastorno del desarrollo y manejo de las funciones ejecutivas. Este modelo propone seis procesos o FFEE primordiales: la *activación* (la cual define como la capacidad de priorizar una tarea y organizar los pasos necesarios para llevarla a cabo), el *foco* (como la capacidad de concentrarse, mantener y cambiar la atención), el *esfuerzo* (como la capacidad de mantenerse realizando la tarea a pesar del agotamiento que pueda significar la misma), la *emoción* (como la capacidad de modular las emociones, controlar la frustración), la *memoria* (la capacidad de usar la memoria de trabajo y poder acceder a los recuerdos), y la acción (la capacidad de regular la respuesta, mediada por la reflexión). Mantiene que todas ellas actúan en conjunto y en función de los objetivos del sujeto y la tarea. El mal funcionamiento de cualquiera de ellas o del proceso interactivo entre ellas provocará una consecuencia negativa en la conducta (Brown, 2010).

Brown, utiliza la metáfora del “director de orquesta” del cerebro para explicar la importancia de las funciones ejecutivas y las consecuencias de su mal funcionamiento. Explica la irrelevancia de tener a los mejores músicos en una orquesta si no pueden coordinarse en tiempo y forma para llevar a cabo una obra conjunta. Eso es básicamente lo que ocurre con la disfunción ejecutiva, y esa es la razón por la cual no interesa la evaluación por separado de estas funciones, desvinculadas de un contexto y un texto (Brown, 2005, 2010).

2.2 Prevalencia

Se ha descrito como uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, la cual se calcula entre el 3 y 5% de la población adulta, superando la esquizofrenia (1%) o el trastorno bipolar (1.5%) (Ramos Quiroga et al., 2012; Ticas y Ochoa, 2010).

Un gran porcentaje de adultos diagnosticados con TDAH mantiene los síntomas nucleares a pesar de no cumplir con todos los criterios diagnósticos, y cerca del 30% de quienes recibieron el diagnóstico en la niñez mantienen la sintomatología completa (González, R. et al., 2015). A pesar de la alta prevalencia en pacientes adultos, la mayoría no están diagnosticados, y en consecuencia no acceden a los tratamientos que podrían mejorar su calidad de vida (Aragonés et al., 2013).

Por esta razón, la recomendación de las guías clínicas actuales es detectar y tratar el TDAH en todas las etapas evolutivas, en función de la salud y el bienestar de quienes lo padecen (Aragonés et al., 2013).

2.3 Etiopatogenia del TDAH

Varias líneas de investigación se han abierto en la búsqueda de la etiología del TDAH desde su reconocimiento como entidad en sí misma. Entre ellas las que cuentan con más respaldo empírico son las de base genético-hereditarias, las de diferencias neuroanatómicas y las que plantean alteraciones en la química y neurotransmisión química del cerebro, todas ellas relacionadas (Carboni, 2011).

2.3.1 Diferencias estructurales y funcionales

Existe una amplia literatura sobre las diferencias estructurales encontradas en pacientes con TDAH (de volumen, asimetría, y funcionales) en la corteza prefrontal (Yunta et al., 2006). Entre ellos, un reciente estudio ratifica y encuentra diferencias significativas de tamaño en algunas estructuras subcorticales entre personas con y sin diagnóstico de TDAH. El volumen del núcleo accumbens, la amígdala, el núcleo caudado, el hipocampo, el putamen e incluso el volumen intracraneal son menores en las personas con TDAH. También se evaluaron otras variables como el género y la medicación, no encontrándose relación con el volumen. “Ampliamos la teoría del retraso de la maduración cerebral para el TDAH para incluir estructuras subcorticales y refutar los efectos de los medicamentos sobre el volumen cerebral sugeridos por metanálisis anteriores” (Hoogman et al., 2017).

En este sentido Barkley sostiene la regla de un 30% de retraso en la maduración de las funciones ejecutivas de las personas con TDAH con respecto a su edad cronológica. Advierte sobre cómo las expectativas socioculturales están basadas en la edad cronológica y la inteligencia de los sujetos, y el desfasaje que produce este trastorno entre estos ítems y las capacidades reales de una persona afectada de TDAH (Barkley, 2014).

Estas diferencias estructurales y funcionales pueden deberse a factores genéticos, congénitos, químicos y/o ambientales. Todos ellos han sido estudiados por innumerables investigaciones desde hace décadas, y la gran conclusión a la que se ha llegado en todos ellos es que no hay una única causa ni una correlación exclusiva que sea responsable del TDAH, sino que se trata de un trastorno muy complejo en el que, si bien se ha avanzado mucho, nada es 100% concluyente (Quintero y Castaño de la Mota, 2014).

Dicho esto, es necesario abordar las variables que han sido relacionadas con la etiopatogenia del TDAH y cuáles son los hallazgos al respecto.

Según Faraone (2004) “los datos disponibles de varios estudios de gemelos confirman la hipótesis de que hasta el 80% de la etiología del TDAH se puede atribuir a factores genéticos” (Brown, 2010). Sin embargo, el componente genético del TDAH no es lineal, es decir, no existe un único gen que por sí mismo determine la existencia del trastorno. El TDAH modularía su expresión en función del efecto acumulativo de diferentes genes, en el cual además un mismo gen puede influir en distintos aspectos del trastorno. A su vez, la expresión sintomática o fenotípica estaría condicionada por la interacción de dichos genes entre ellos y con el ambiente donde se desarrolle el individuo (Martinez et al., 2015).

Los genes más relacionados y estudiados en relación al TDAH son los del sistema monoaminérgico. Se ha probado largamente la disfunción de los circuitos de comunicación dopaminérgicos de la corteza frontal, y sectores subcorticales asociados con distintos procesos de las funciones ejecutivas que resultan afectados en las personas con TDAH. El mecanismo de la disfunción sin embargo no está claro, algunos estudios hablan de la baja disponibilidad del neurotransmisor en el espacio sináptico, y otros de la falla en los mecanismos de recaptación del mismo. Sí se ha concluido en que no es una falla en la producción de la dopamina, sino un problema de comunicación y disponibilidad de la misma. Se han identificado las mismas dificultades con otras catecolaminas que también intervienen en procesos necesarios para el correcto desempeño ejecutivo como la noradrenalina y la serotonina, esta última aún en estudio (Brown, 2010; Martinez et al., 2015).

Con respecto a la heredabilidad del TDAH, existe consenso científico, en función de múltiples estudios realizados en familias, que estiman la misma entre un 70 y un 80% (Martínez et al., 2015).

También se han considerado los factores congénitos como los de consumo de sustancias, y/o drogas durante el período de gestación, y si bien tampoco se ha encontrado una causalidad directa, los estudios concluyen que el consumo de sustancias aumenta los riesgos de padecer este u otros trastornos (Martínez et al., 2015).

Los factores ambientales actúan en la modulación del trastorno, propiciando o no la aparición de la sintomatología y su expresión. Se ha visto que los factores psicosociales negativos como por ejemplo las necesidades básicas insatisfechas, maltrato físico o psicológico, entornos violentos, ausencia de vínculos protectores, etc.; inciden en este sentido. No obstante, los factores ambientales por sí solos no son causa suficiente para desarrollar el trastorno (Martínez et al., 2015).

El TDAH entonces, es un síndrome determinado por la interacción de distintos factores que por sí solos no producen el trastorno, pero sí condicionan y modulan su expresión. No existe un marcador biológico que determine la probabilidad o no de

desarrollar el mismo, sin embargo se han diseñado evaluaciones psicométricas que en conjunto con otras técnicas (entrevistas, pruebas neuropsicológicas, etc.) permiten una valoración y diagnóstico preciso (Ramos-Quiroga et al., 2012).

El TDAH ha sido clasificado de acuerdo a la expresión de su sintomatología en Inatento, Hiperactivo/Impulsivo, o Combinado, siendo percibido como un trastorno visible o invisible de acuerdo a esta expresión. Los síntomas disruptivos de hiperactividad e impulsividad, y la dificultad para terminar las tareas, advierten de la existencia de un problema y son más observables que la dificultad para concentrarse, la procrastinación crónica o problemas en el manejo del tiempo (Barkley, 2014).

2.4 Diagnóstico:

2.4.1 Recursos para el diagnóstico:

2.4.1.1 DSM-5:

En adultos el manual requiere al menos 5 síntomas del criterio A, sean estos del punto 1 (inatención) o del punto 2 (hiperactividad/impulsividad) indistintamente. Es necesario que estos síntomas hayan estado presentes en la vida del sujeto desde antes de los 12 años (esto es un punto a discutir según los hallazgos de un estudio realizado por Moffit et al., 2015), y se manifiesten en al menos 2 contextos diferentes (trabajo-casa-académico-relaciones sociales-amigos-pareja) (DSM-5, 2013).

El criterio diagnóstico para el DSM-5 (2013) se divide en A y B, de la siguiente forma:

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p.

ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante, al menos, 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

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

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

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

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

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

f. Con frecuencia habla excesivamente.

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

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

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras

personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros) (pp. 59-60).

El manual permite discriminar el tipo de presentación, y la gravedad con la que el mismo se presenta, además de contar con un apartado que ayuda a los profesionales de la salud a hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos y patologías frecuentes. Resulta interesante también el apartado de consecuencias funcionales del TDAH en la vida del individuo como insumo o justificación de la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportuno.

2.4.1.2 Técnicas y herramientas:

Es habitual que se utilicen formularios de evaluación diagnóstica especialmente diseñados a estos efectos, que recogen los criterios diagnósticos del DSM o CIE como por ejemplo el Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale (ACDS) v1.2 , el Conners Adult ADHD Rating Scales, o el Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (Brown, 2010).

También se utilizan las evaluaciones neuropsicológicas a efectos de medir el nivel de afectación en áreas específicas (Barkley, 2006, 2014; Brown, 2010) La evaluación de la función ejecutiva resulta fundamental en áreas como la memoria de trabajo, la atención, la capacidad de inhibir la respuesta, el estilo de procesamiento de la información, la flexibilidad mental, etc. A estos efectos se utilizan distintas pruebas diseñadas para evaluar estas funciones como por ejemplo la Torre de Londres, Hanoi y Toronto para evaluar planificación (entre otras funciones), el Wisconsin Card Sorting Test que evalúa flexibilidad mental (entre otras), la figura compleja de Rey que evalúa habilidades visoconstructivas, memoria visual, planificación, organización, resolución de problemas, y otras, o el Stroop Test para la inhibición de respuesta, entre otras técnicas (Buller, 2010).

Poder evaluar tanto la gravedad de los síntomas del TDAH como las áreas más afectadas para la funcionalidad de los sujetos resulta fundamental tanto para el diagnóstico como para el tratamiento en función de evaluar los apoyos terapéuticos que resulten más funcionales al paciente (Barkley, 2006, 2014; Brown, 2010).

2.4.1.3 Diagnóstico diferencial

El TDAH comparte sintomatología con muchos otros trastornos. Es necesario diferenciar los síntomas, la intensidad, y la oportunidad de los mismos.

Por ejemplo el Trastorno Bipolar presenta según el DSM-5, impulsividad, inquietud y distracción, pero estos cursan en episodios de manía o depresión que duran semanas o meses; y el TDAH expresa esa sintomatología de forma crónica (Kooij et al, 2019).

La incapacidad para concentrarse y la inquietud, también están presentes en los trastornos del estado de ánimo como la ansiedad o la depresión, en este caso es importante determinar cuando comienza la sintomatología, si siempre estuvieron presentes o si hubo un desencadenante. Los trastornos por uso de sustancias también pueden compartir síntomas, aquí también es importante definir cuando comienzan. La impulsividad, la desregulación emocional y las dificultades en las relaciones interpersonales están presentes en el TDAH y en el trastorno límite de la personalidad (TLP); en este caso la intensidad de los síntomas es relevante. En el TDAH los sujetos pueden mostrar dificultades de relacionamiento con su entorno, producto de la impulsividad o la desregulación emocional que son parte de la sintomatología; pero dichos síntomas no son tan intensos como en el TLP. Por ejemplo en el TDAH no hay un miedo intenso al abandono, y es una característica importante del TLP. Nuevamente es necesario tener presente cuando aparece la sintomatología, ya que el TDAH es crónico, y el TLP aparece al igual que otros trastornos como respuesta a un factor desencadenante (Kooij et al, 2019).

Es habitual que el TDAH se presente junto a estos u otros trastornos, por lo cual la comorbilidad debe ser evaluada a efectos del diagnóstico y tratamiento. Según Faraone (2015) la comorbilidad psiquiátrica es una dimensión clínicamente importante de la heterogeneidad del TDAH, y un factor que contribuye a la persistencia del trastorno en la edad adulta (Kooij et al, 2019).

El diagnóstico y la psicoeducación con respecto a cualquier trastorno o enfermedad, brinda una explicación que aporta un sentido, y otorga la posibilidad de intervenir (Hernández et al., 2021). Hace varios años que existen comunidades y redes de apoyo a nivel mundial, que funcionan brindando información y recursos en línea a las personas que suponen este diagnóstico y a sus familias; siendo muchas veces la primera fuente de educación al respecto y direccionando a los involucrados a la consulta con el especialista adecuado.

Entender la importancia del diagnóstico y tratamiento en función de la repercusión en la vida del individuo y su entorno resulta imprescindible (Hernández et al., 2021).

Es necesario centrar los esfuerzos en hacer un diagnóstico diferencial correcto, y un plan de tratamiento acorde a cada persona diagnosticada con TDAH. Con respecto a esto es de destacar que las comorbilidades son muy prevalentes en este trastorno, y que de estar presentes, no solo dificultan el diagnóstico diferencial sino que deben ser tenidas en cuenta para el tratamiento a medida de los sujetos (Brown, 2010).

3. Comorbilidades frecuentes del TDAH en adultos

Entre las comorbilidades más frecuentes en adultos diagnosticados con TDAH se encuentran los trastornos del estado de ánimo: depresión, trastorno bipolar; trastornos de ansiedad, trastorno por consumo de sustancias, trastorno del sueño, trastorno de la conducta alimentaria, y trastornos de la personalidad, del aprendizaje y motores (Brown, 2010).

En cuanto a la prevalencia de dichas comorbilidades en adultos con TDAH, la depresión mayor y distimia figuran entre el 19-37%, el trastorno bipolar con un 10%, los trastornos de ansiedad entre el 25-50%, el trastorno antisocial de la personalidad con un 10%, y dificultades de aprendizaje en un 20% (Brown, 2010).

Las comorbilidades en el TDAH son altamente frecuentes. Dicha característica hace aún más complejo su diagnóstico diferencial en función de determinar “si los síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad y el deterioro acompañante se deben al TDAH, a otra enfermedad (p. ej., ansiedad, depresión, trastorno por abuso de sustancias) o a la aparición simultánea de más de una enfermedad” (Brown, 2010).

A continuación abordaremos las comorbilidades con más prevalencia en las personas adultas con diagnóstico de TDAH, explorando la sintomatología propia de cada trastorno, sus criterios diagnósticos y su relación con el TDAH. En todos los casos se omiten los criterios diagnósticos excluyentes, comunes a todos los trastornos del manual; en cuanto para hacer un diagnóstico específico de cualquiera de ellos, la sintomatología no debe explicarse mejor por una afección médica, por otro trastorno específico o por los efectos del consumo de sustancias.

3.1 Trastornos del estado del ánimo:

En el DSM-5 se agrupan bajo este nombre los trastornos que implican una alteración en el humor caracterizado por un cambio emocional significativo y persistente que afecta

negativamente la vida de las personas. El manual incluye en este apartado: el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar (I y II), el trastorno ciclotímico, y la distimia (o trastorno depresivo persistente), entre otros. Los trastornos se definen por la ausencia o presencia de episodios afectivos que incluyan; p. ej. episodio depresivo mayor, maníaco, hipomaníaco o mixto y por la duración de los mismos (DSM-5, 2013).

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) se caracteriza por episodios persistentes de tristeza profunda, pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba, alteraciones en el peso, y el sueño, fatiga, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, también pueden haber pensamientos de muerte o ideación suicida, entre otros síntomas. Según el DSM-5 estos episodios deben tener al menos una duración de 2 semanas para ser diagnosticado. El TDM es una comorbilidad muy frecuente en pacientes con TDAH. Los síntomas nucleares del TDAH generan dificultades importantes en la vida de los sujetos, provocando a su vez estrés y frustración lo que podría ser causa de episodios depresivos. Además si el diagnóstico y tratamiento de TDAH se difiere en el tiempo esto genera deterioro por acumulación de años de dificultades a nivel académico, y relacionamiento interpersonal (familiar, social, laboral), lo cual tiene consecuencias en el estado de ánimo de las personas, pudiendo determinar un trastorno de este tipo (Brown, 2010). Se ha señalado que la comorbilidad entre el TDM y el TDAH en adultos se ubicaría en el entorno de hasta un 28% (Ticas y Ochoa, 2010).

La distimia o trastorno depresivo persistente (TDP) es un tipo de depresión crónica caracterizado por un estado de ánimo deprimido que persiste la mayor parte del tiempo y por al menos 2 años. La sintomatología depresiva es de menor intensidad que en un TDM, sin embargo al ser de duración prolongada también afecta significativamente la vida de las personas. Para ser diagnosticado de TDP según el DSM-5, los síntomas deben durar al menos 2 años en adultos y los períodos asintomáticos no deben durar más de 2 meses consecutivos. El TDP es altamente frecuente en pacientes adultos diagnosticados de TDAH en función del deterioro funcional y social que provocan sus síntomas. Las dificultades crónicas para gestionar el tiempo, mantener la atención, organizar tareas, satisfacer las demandas familiares, sociales, académicas, laborales, etc., genera estrés y frustración constante en esta población, favoreciendo la aparición de episodios depresivos que pueden derivar en trastornos depresivos de distinta intensidad y duración como el TDP o el TDM (Brown, 2010).

No se ha especificado la prevalencia del TDP en pacientes con TDAH, siendo ubicada junto con otros trastornos depresivos entre el 19 y el 37 % (Valdizán & Izaguerri, 2009).

El Trastorno Bipolar (TB) se caracteriza por fluctuaciones drásticas y extremas entre episodios de manía o hipomanía (euforia, alegría exagerada, gran energía) y episodios

depresivos. Dentro del TB se diferencian: el TB tipo 1 que incluye episodios maníacos de al menos 7 días que además suelen ser severos (requieren intervención u hospitalización), alternando con episodios depresivos que pueden durar semanas o meses; y el TB tipo 2 el cual implica un episodio depresivo mayor y episodios de hipomanía. No experimentan episodios maníacos (DSM-5, 2013).

La prevalencia de TB en la población adulta con TDAH es del 10%, y si bien ambos trastornos comparten sintomatología (por ejemplo la impulsividad, hiperactividad y dificultad para concentrarse entre otros) la misma es consistente y crónica en el TDAH, y fluctuante e intermitente en el TB (Brown, 2010).

El Trastorno ciclotímico o ciclotimia, se caracteriza por fluctuaciones cíclicas del estado de ánimo, pasando por episodios hipomaníacos (estado de ánimo elevado pero no tan intenso como la manía) y períodos de depresión moderada (más leves que en el TDM). Los episodios de hipomanía se caracterizan por aumento de la energía o actividad, euforia o irritabilidad, insomnio, verborragia, aumento de la impulsividad. Los episodios de depresión tienen las mismas características que en el TDM pero su intensidad es leve o moderada. No hemos encontrado estudios específicos de la prevalencia de la ciclotimia en esta población, no obstante los trastornos del estado del ánimo deben ser considerados de forma dimensional y no categórica por lo cual se describe la ocurrencia del trastorno ciclotímico en TDAH.

Según el DSM-5 para diagnosticar este trastorno, los síntomas deben durar al menos 2 años en adultos, y los períodos de estabilidad emocional no deben extenderse más allá de 2 meses. Si bien ambas condiciones comparten síntomas como la impulsividad y los cambios en el estado de ánimo, en el TDAH son crónicos y en la ciclotimia son cíclicos e intermitentes (Brown, 2010).

La manifestación clínica del TDAH en adultos (olvidos, mala planificación, impulsividad que se ve reflejada en decisiones irreflexivas, irritabilidad, conductas temerarias, consumo de sustancias, etc.) genera graves dificultades psicosociales como el fracaso académico, la inestabilidad o pérdida del trabajo, problemas de pareja, familiares, aislamiento social, e inconvenientes legales, entre otros (Ramos-Quiroga et al., 2012) que pueden precipitar síntomas de índole depresivo.

Como hemos visto, la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo es muy alta en población clínica adulta con TDAH, y además se ha observado que esta relación fluctúa con el género y la edad. Esta interacción negativa de los síntomas de ambos trastornos plantea además problemas diagnósticos y terapéuticos asociados (Brown, 2010). Se han encontrado distintas figuras clínicas en las que en algunos casos los efectos desmoralizantes del TDAH (frustración, baja autoestima, etc.) provocan síntomas o síndromes depresivos (Waxmonsky, 2003), y otros casos (Biederman et al., 1998) en los

que éstos últimos reflejaban una entidad diagnóstica per se (Brown, 2010). Según Barkley (1996), en cualquiera de los dos casos la sintomatología debe ser abordada, ya que se convierte en un bucle que puede determinar consecuencias graves e irreversibles como la cronificación de la misma (generando perjuicios psicosociales permanentes), la generación de nuevos trastornos (como el trastorno por consumo de sustancias, o de la conducta alimentaria, los cuales veremos más adelante), o incluso llevando al sujeto a la toma de decisiones irreparables como el suicidio (Brown, 2010).

3.2 Trastornos de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad están caracterizados por una preocupación excesiva, ansiedad, miedo o nerviosismo ante situaciones cotidianas, lo cual afecta significativamente la vida de las personas. Se diferencian del miedo y ansiedad adaptativos porque los síntomas son excesivos para la situación y/o persisten en el tiempo, generando una respuesta de alerta permanente en el organismo que causa graves perjuicios para la salud. También es frecuente que las personas adopten conductas evitativas generalizadas a efectos de reducir el nivel de miedo o ansiedad (DSM-5, 2013).

La sintomatología común a la mayoría de los trastornos de ansiedad es: la preocupación excesiva, sensación de peligro inminente-permanente, irritabilidad, dificultad para concentrarse, tensión muscular, palpitaciones, sudoración, fatiga, irregularidades en el sueño (DSM-5, 2013).

La prevalencia de los trastornos de ansiedad comórbidos al TDAH en adultos, es muy alta situándose entre el 25 y el 50% (Brown, 2010).

Dentro del espectro de trastornos de ansiedad del manual, se encuentra el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) que mantiene toda la sintomatología descrita, y cuya característica principal es la preocupación crónica y excesiva sobre situaciones y hechos variados, que se perciben fuera de control del individuo. Según algunos estudios, este trastorno tiene una prevalencia de entre el 24-43% (Quintero et al., 2011) aunque en general se habla de forma dimensional dentro de cada categoría, habiendo escasos estudios que diferencien por tipo de trastorno de ansiedad (siendo igual para los trastornos del espectro del estado de ánimo, por ejemplo).

Para que una persona sea diagnosticada con TAG según el DSM-5 debe presentar tres o más de esos síntomas, los cuales deben ocurrir la mayoría de los días, por un período de al menos 6 meses, en relación a varias actividades y generar un malestar significativo o deterioro del funcionamiento normal de la persona en áreas importantes de la vida. Esta preocupación debe percibirse como fuera del control de la persona (DSM-5, 2013).

El TAG es muy prevalente en pacientes adultos con TDAH y si bien comparten síntomas como la dificultad para concentrarse, la inquietud, y la impulsividad, la causa de los mismos y su expresión son distintos. También es muy frecuente el diagnóstico comórbido de trastorno de ansiedad no especificado [TANE] (Brown, 2010), en el cual los síntomas de ansiedad están presentes pero no se ajustan a un trastorno de ansiedad específico, ni tienen la duración requerida para otros trastornos de ansiedad pero sí la persistencia y consecuencias negativas en la vida de las personas. Para ser incluidos en este apartado no deben cumplir los criterios completos de otro trastorno de ansiedad (DSM-5, 2013).

Los sujetos adultos con diagnóstico de TDAH experimentan síntomas de ansiedad (ansiedad secundaria o anticipatoria) que a menudo evoluciona en un TAG, o en un TANE en función de la alta carga de estrés, frustración y preocupación que provoca su sintomatología. La inquietud y preocupación excesivas pueden estar relacionados con el rendimiento académico (pruebas, exámenes, etc.), desempeño laboral o social (estar expuestos a la crítica) o incluso con la relación con seres significativos (pareja, familia, amigos), la imagen personal o eventos y objetos concretos; también pueden ocurrir trastornos de pánico o por angustia sin un motivo específico (Zuñiga y Forteza, 2014).

Estos trastornos suelen generar una retroalimentación negativa en la cual las dificultades para concentrarse y organizarse incrementan la ansiedad y preocupación en las personas, y esto a su vez complica el manejo de los síntomas del TDAH (Brown, 2010).

Al igual que hemos observado con respecto a los trastornos depresivos, también aquí existe solapamiento de síntomas (inquietud, dificultad para concentrarse, etc.) que dificultan el diagnóstico, y el manejo del TDAH convirtiéndolo en un bucle limitante que requiere un abordaje específico para ambas sintomatologías (Brown, 2010).

3.3 Trastorno por consumo de sustancias

El trastorno por consumo de sustancias (TCS) refiere al abuso y dependencia de sustancias como el alcohol, drogas lícitas, ilícitas o fármacos; que puede ser leve, moderado o grave de acuerdo a la cantidad de criterios que cumpla el sujeto. Dicho consumo genera consecuencias negativas a nivel físico, mental, social y funcional del individuo (DSM-5, 2013).

Para que un sujeto sea diagnosticado con un TCS debe seguir un “un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo” que incluyen un “control deficitario”, “deterioro social”, “consumo de riesgo” y consecuencias “farmacológicas” (DSM-5, 2013).

El control deficitario hace referencia a la cantidad de sustancia o al tiempo excesivo de consumo, a si la persona ha manifestado la voluntad de abandonar el consumo o ha

tenido intentos infructuosos de hacerlo; al tiempo que dedica a dicho consumo o a recuperarse del mismo, y a la necesidad imperiosa de consumir la cual ha sido producto del "condicionamiento clásico" en el cual "la sustancia activa los circuitos corticales relacionados al sistema de recompensa" (DSM-5, 2013).

Parte de los criterios refieren a las dificultades sociales consecuencia del consumo de la sustancia a pesar de lo cual el sujeto es incapaz de abandonar el hábito, y la incapacidad de cambiar la conducta a pesar de los riesgos físicos, psíquicos o legales a los que se expone. Por último, el criterio farmacológico hace referencia a la tolerancia que la sustancia genera en el organismo después de determinado tiempo de uso/abuso y de acuerdo a la predisposición biológica de cada organismo (DSM-5, 2013).

En nuestro país, por ejemplo, la edad de inicio del consumo de alcohol en adolescentes se sitúa entre los 12-14 años (Ruiz, 2022) y está mediada por las características propias de esta etapa del desarrollo (curiosidad, apertura a la experiencia), la familia (el aprendizaje por modelado) y los vínculos sociales pares (potenciales entornos de consumo). También se ha probado la relación del malestar psicológico (síntomas de ansiedad y depresión) de esta población con el consumo problemático de sustancias y otras patologías (Ruiz y Pautassi, 2023).

Con respecto a la comorbilidad con TDAH, se ha descrito que las personas con este diagnóstico consumen las mismas sustancias que el resto de la población, pero es más frecuente que experimenten con ellas y desde edades más tempranas (debido a la sintomatología propia del TDAH: impulsividad, bajo control inhibitorio y autorregulación, etc.), además de tener un consumo de riesgo y pudiendo evolucionar en un TCS grave (Rojo et al., 2021).

Algunos autores han discriminado en sus estudios (Wilens, 2004), el abuso de alcohol con respecto a otras sustancias en la población adulta con TDAH, y se ha descrito que el abuso o dependencia de éste se ubica entre el 17-45%. La prevalencia de abuso y dependencia de otras sustancias se ubica en el entorno del 9-30% en esta población clínica (Brown, 2010).

Ambas patologías coinciden en el deterioro psicosocial que generan en las personas, alejándolas de un proyecto vital saludable. Tanto el TDAH como el TCS inciden negativamente en el desempeño académico, y profesional de los pacientes, en las relaciones familiares, de pareja, etc. y se asocian con un elevado gasto de recursos de los gobiernos a nivel mundial debido a su alta prevalencia (Rojo et al., 2021).

El trastorno por abuso de sustancias es de una alta complejidad en sí mismo por las consecuencias que genera en el individuo a nivel de su salud, desempeño académico, social y laboral, además de las patologías psiquiátricas que puede desencadenar (DSM-5, 2013). Otras características sintomatológicas propias del TDAH como la impulsividad, la

toma de decisiones irreflexiva y la búsqueda de recompensa inmediata hacen que sea más fácil el acercamiento al consumo de diferentes sustancias ingresando en un bucle complejo del cual es muy difícil salir (Rojo et al., 2021).

3.4 Trastornos del sueño

El DSM-5 agrupa en este apartado 10 trastornos relacionados con el sueño incluyendo el insomnio, la hipersomnia, narcolepsia, trastorno del ritmo circadiano del sueño, y trastorno del comportamiento del sueño REM entre otros. Las personas diagnosticadas con este tipo de trastorno manifiestan inconformidad con características del sueño como la calidad, el horario y la cantidad de horas de sueño. Frecuentemente se acompañan de síntomas de depresión, ansiedad y cambios cognitivos, los cuales favorecen el desarrollo de otros trastornos; entre ellos los trastornos del estado de ánimo, ansiedad, y consumo de sustancias (DSM-5, 2013).

El trastorno del sueño se diagnostica siempre, se presente solo o en comorbilidad con otro trastorno de cualquier origen: médico, por consumo, etc. (DSM-5, 2013).

El más prevalente dentro de la población en general es el Trastorno por insomnio, que puede presentarse en comorbilidad con otros trastornos mentales (40-50%) o como trastorno único (DSM-5, 2013).

3.4.1 Trastorno por Insomnio

Es el trastorno del sueño más frecuente en la población adulta con diagnóstico de TDAH, con una prevalencia que se ubica en el 44,4% (Fadeuilhe, 2022).

Dentro de los criterios diagnósticos recogidos por el DSM-5 se encuentran las dificultades para iniciar, y mantener el sueño, además de la incapacidad de volver a re-conciliar el sueño cuando se ha despertado de forma precoz. Estas alteraciones en el sueño deben provocar consecuencias negativas de malestar y deterioro a nivel social, laboral, académico, del comportamiento y otras áreas significativas de la vida de los sujetos. Deben producirse al menos 3 noches a la semana, y mantenerse por un mínimo de 3 meses, a pesar de las condiciones favorables para el sueño (DSM-5, 2013).

En relación a los trastornos de ansiedad se ha reportado una comorbilidad del 24% y un 14% con trastornos depresivos (Fadeuilhe, 2022).

La presencia de trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, consumo de sustancias y de la personalidad, aumenta significativamente las probabilidades de generar un trastorno de insomnio en la población adulta con TDAH (Fadeuilhe, 2022).

A su vez se ha encontrado que la mayor prevalencia de trastorno por insomnio en los sujetos con TDAH se da en la presentación combinada, y se han descrito el insomnio de conciliación y de mantenimiento como los más frecuentes (Fadeuilhe, 2022).

El trastorno por insomnio se asocia con una mala calidad de la salud de las personas en general, y en particular de las personas diagnosticadas con TDAH aumentando la sintomatología y deteriorando su bienestar. El trastorno por insomnio genera sintomatología coincidente con bajo desempeño cognitivo, disminución de la calidad de la atención, aumento de la irritabilidad, problemas de regulación emocional, aumento del estrés, entre otros, que actúan dificultando el manejo de los síntomas característicos del TDAH (Fadeuilhe, 2022). La remisión del trastorno por insomnio se asocia siempre a una mejoría en los síntomas del TDAH y su comorbilidad por lo cual es importante no desestimar su diagnóstico y tratamiento (Fadeuilhe, 2022).

3.5 Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) describen el comportamiento anormal relacionado con el consumo de alimentos, la imagen corporal y el peso. En este apartado se incluyen la Anorexia y Bulimia nerviosas, trastorno de evitación/restricción de la ingesta, y el trastorno por atracón entre otros (DSM-5, 2013).

Los TCA comparten sintomatología de orden físico: fluctuación en el peso, cansancio o fatiga, mareos, problemas digestivos, amenorrea, desnutrición, etc.; y psicológicos: preocupación constante por el peso y las calorías consumidas, percepción distorsionada de la imagen, baja autoestima, ansiedad, depresión, y comportamiento antisocial, entre otros. Esta sintomatología genera patrones conductuales de restricción alimentaria, comportamientos compensatorios (vómitos, ayunos, laxantes, etc.), rituales alimenticios, episodios de atracones, y control excesivo (contar calorías, pesar alimentos, etc.) (DSM-5, 2013).

En algunos casos se ha descrito que la sintomatología común a los TCS como la ansiedad y las conductas compulsivas de consumo, reflejaría “la implicación de los mismos sistemas neuronales, como los implicados en la regulación del autocontrol y la recompensa, en los dos grupos de trastornos”. No obstante, se desconoce con exactitud el mecanismo de acción de los factores comunes y distintivos en ambos trastornos (DSM-5, 2013).

La impulsividad se considera una variable determinante en pacientes diagnosticados con TDAH y TCA, siendo un síntoma común que facilita los TCA en función de la falta de control de impulsos (sobre todo en bulimia y trastorno por atracón). También se considera la incidencia de otras variables como los síntomas de ansiedad y depresión, que comúnmente se asocian a ambos trastornos (Mendiela, 2023). Los porcentajes de comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria varían de acuerdo a los distintos estudios, y al tipo

específico de trastorno: Bulimia, Anorexia, trastorno por atracón. Su concurrencia está mediada por la impulsividad, el bajo control inhibitorio y la sintomatología de los trastornos del estado de ánimo y ansiedad (Mendiela, 2023).

No hemos encontrado porcentajes específicos de comorbilidad de los TCA en estudios de TDAH, no obstante en un estudio de comorbilidades de los TCA se ha descrito una asociación significativa con el TDAH en un 31.4% de los casos (Arija et al., 2022).

Los pacientes con TCA y sintomatología de TDAH presentan mayor severidad en sus síntomas alimentarios, mayor impulsividad y deterioro en su calidad de vida (Ferre et al., 2017) por lo cual es importante identificar y tratar ambos trastornos.

3.6 Trastornos de la Personalidad

3.6.1 Trastorno Límite de la Personalidad

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se encuentra entre los trastornos de la personalidad del grupo B; caracterizándose por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la regulación afectiva, junto con una notable impulsividad. Los síntomas comienzan en la adolescencia y primeros años de la edad adulta y son de carácter crónico. Las personas diagnosticadas con TLP deben cumplir al menos 5 de los siguientes criterios diagnósticos: hacer esfuerzos desmedidos por evitar el abandono real o imaginario, tener relaciones interpersonales inestables y muy intensas, autoimagen variable, impulsividad en al menos dos áreas (sexo, consumo de sustancias, atracones alimenticios, conducción imprudente, gastos descontrolados, etc.), comportamiento autolesivo o conductas suicidas, inestabilidad afectiva (con episodios emocionales polares y muy intensos de poca duración), sensación de vacío crónica, mal manejo de la frustración y la ira, ideas paranoides o síntomas disociativos graves relacionados al estrés (DSM-5, 2013).

Si bien comparte sintomatología con el TDAH (desregulación afectiva, impulsividad), la misma tiene una expresión distinta. En el caso de las personas con TLP es notable la intensidad y labilidad del estado de ánimo, el cual depende directamente de la lectura distorsionada que hacen de la realidad, frente a la cual reaccionan de forma impulsiva y desmedida. Estas fluctuaciones anímicas intensas pueden darse en el curso de horas en un mismo día sometiéndolos frecuentemente a graves crisis existenciales (Ramos-Quiroga et al., 2009).

Este trastorno genera graves consecuencias psicosociales y una mortalidad por suicidio 50 veces superior al resto de la población (Ramos-Quiroga et al., 2009).

Algunas características propias del TLP que diferencian ambos trastornos son el sentimiento de vacío, miedo al abandono, culpa y conductas autodestructivas que no son habituales en el TDAH (Ramos-Quiroga et al., 2009).

Se ha descrito que la presencia de TDAH es un factor de riesgo específico que aumenta la probabilidad de desarrollar un TLP. También se ha relacionado el diagnóstico de TDAH con una expresión clínica más severa de los síntomas del TLP (Ramos-Quiroga et al., 2009). Los estudios específicos de estas dos condiciones en población adulta son escasos, no obstante se ha observado una comorbilidad del 16,1% para ambos diagnósticos en los pacientes estudiados (Ramos-Quiroga et al., 2009).

Ambos trastornos presentan alta comorbilidad con otras patologías y repercusiones sociales negativas (Ramos-Quiroga et al., 2009) por lo cual es importante su diagnóstico y abordaje.

3.6.2 Trastorno de la Personalidad Antisocial

El trastorno de la personalidad antisocial (TAP) se caracteriza por un patrón de conductas de indiferencia por las normas y los derechos de los demás, con comportamientos impulsivos, irresponsables, manipuladores y carentes de empatía que dificultan la convivencia en sociedad (DSM-5, 2013).

Los criterios diagnósticos del manual incluyen el desprecio por las normas legales o sociales y los derechos de los demás, el engaño y la manipulación para obtener beneficios personales, la impulsividad, irritabilidad y agresividad, desconsideración por la seguridad propia y ajena, irresponsabilidad y falta de remordimiento (DSM-5, 2013).

Este trastorno presenta alta comorbilidad con otras afecciones como el TCS y se asocia a comportamientos delictivos graves que impactan negativamente en la vida de quienes lo padecen y su entorno (DSM-5, 2013).

Con respecto a su comorbilidad con el TDAH se ha descrito una asociación de ambos trastornos de hasta un 23%, en estudios de seguimiento de adultos con TDAH diagnosticados en la infancia (Nonnis, 2008).

Ambos trastornos comparten la sintomatología de impulsividad, desregulación emocional, y autocontrol deficitario; sin embargo la expresión de los mismos es radicalmente diferente. En el TAP la impulsividad se refleja en conductas deliberadas de violación de las normas sin tener en consideración las consecuencias, mientras que en el TDAH la impulsividad es involuntaria y hay un reconocimiento de la norma y de los otros. La desregulación emocional en el TDAH puede manifestarse como frustración o ira secundarias al estrés que provocan sus síntomas, mientras que la agresividad presente en

el TAP tiene el objetivo de causar daño y no genera sentimientos de culpa en quien lo padece (DSM-5, 2013).

La impulsividad del TDAH en adultos está ligada a consecuencias negativas a nivel académico, económico, familiar, laboral, accidentes, etc., y a la concurrencia de otros trastornos psiquiátricos como el TCS, los trastornos de personalidad (TLP y TAP), y Trastornos del Control de Impulsos y la Conducta, pudiendo asociar varias comorbilidades (Nonnis, 2008) lo cual hace complejo el diagnóstico diferencial y el tratamiento de las mismas (Brown, 2010).

4. Terapias basadas en evidencia

Para el tratamiento de los síntomas de TDAH, existen distintos tipos de abordajes cuyos beneficios terapéuticos están respaldados por extensa evidencia empírica enfocada en la infancia y adolescencia. Sin embargo “hay poca literatura acerca de intervenciones especializadas y orientadas a un cambio terapéutico en la vida adulta (Canu & Wymbs, 2015), siendo éste un campo emergente” (Hernandez et al., 2021).

Si bien existen varios abordajes disponibles para el tratamiento de los síntomas de TDAH en adultos, no todos están apoyados en “estudios que incluyan la aplicación de terapias bajo estándares científicos”. La terapia basada en evidencia, nos asegura que los tratamientos terapéuticos psicológicos o farmacológicos a utilizar han sido probados, replicados, y cuentan con evidencia científica de su efectividad (Hernandez., 2021).

En el caso del TDAH en adultos se han encontrado evidencias de que el tipo de terapia más eficaz para su tratamiento, así como de sus comorbilidades más frecuentes es la Terapia Cognitivo Conductual (Hernández et al., 2021).

Además y entre “los abordajes terapéuticos presentes en los artículos revisados, se encuentra la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), Mindfulness, Terapia Farmacológica, y Psicoeducación” entre otros (Hernández et al., 2021).

Se considera importante que independientemente del tipo de terapia, ésta incluya una etapa de psicoeducación en la que se incluyan elementos prácticos para la vida cotidiana del paciente: planificación, rutinas, recordatorios, orientación vocacional, reforzadores, etc. (Hernández et al., 2021).

4.1 Terapia de abordaje farmacológico

Dentro de las opciones de abordaje farmacológico se encuentran los químicos de acción estimulante o no estimulantes. La elección del tratamiento farmacológico varía en función de la sintomatología predominante, la tolerancia (los efectos secundarios) y la

interacción con otras medicaciones que eventualmente pudiera recibir el individuo en el tratamiento de otras afecciones o comorbilidades (Ramos-Quiroga et al., 2012).

Fármacos estimulantes

Los psicoestimulantes como el Metilfenidato y la Dexanfetamina son la primera elección en Europa en función de su eficacia y seguridad, siempre que no haya contraindicaciones por razones médicas (Ramos-Quiroga et al., 2012).

No obstante, existen otros fármacos de tipo estimulantes para el tratamiento del TDAH, como la dextroanfetamina, la lisdexanfetamina, las sales mixtas de anfetamina, o el metilfenidato-OROS, de uso más generalizado en Estados Unidos. La utilización de una u otra presentación depende de la vida media de la droga en el sistema y los requerimientos de los sujetos (Ramos Quiroga et al., 2012).

Pese a los prejuicios relacionados a la utilización de psicoestimulantes en relación al tratamiento farmacológico del TDAH (Ramos-Quiroga, 2012), diferentes trabajos científicos han demostrado que disminuyen el riesgo de abuso o dependencia a sustancias en adolescentes y adultos; y además el tratamiento con dicho fármaco en la infancia podría disminuir el riesgo de TCS en etapas posteriores (Rojo et al., 2021).

En Uruguay, el Formulario Terapéutico de Medicamentos vigente para el SNIS (2011) únicamente prevé el tratamiento estimulante con Metilfenidato (tanto en niños como adultos), no haciendo lugar a las anfetaminas para ese fin. La indicación del fármaco sólo puede ser realizada por un especialista, tratándose de un medicamento de uso controlado.

Fármacos no estimulantes

En el tratamiento del TDAH también son utilizados otros fármacos no estimulantes como la atomoxetina, el bupropión, el modafinilo, o antidepresivos tricíclicos (Ramos-Quiroga et al., 2012).

El único fármaco no estimulante con la indicación favorable de la Food and Drug Administration estadounidense para el tratamiento del TDAH en niños y adultos es la atomoxetina, la cual dispone de evidencia científica que respalda su efectividad (Ramos-Quiroga et al., 2012).

El bupropión particularmente, que es indicado en los tratamientos de cesación tabáquica, cuenta con resultados positivos de eficacia en estudios de su aplicación en TDAH con trastornos comórbidos de depresión, trastorno bipolar y de consumo de sustancias (Ramos-Quiroga et al., 2012).

Si bien la opción farmacológica es la primera elección en general, no siempre es efectiva, y no siempre es suficiente (Vidal-Estrada et al., 2012).

Distintos factores pueden incidir en la baja eficacia de un tratamiento farmacológico como por ejemplo, la baja adherencia al mismo, la intolerancia a los posibles efectos secundarios, bajo índice de respuesta a la medicación, interacciones farmacológicas no deseadas en función de medicamentos indicados para posibles comorbilidades u otras afecciones del individuo (Vidal-Estrada et al., 2012).

En algunos casos la baja respuesta al fármaco tiene relación con variables psicológicas como estrategias compensatorias o pensamientos desadaptativos asociados que contribuyen al mantenimiento del trastorno (Vidal - Estrada et al., 2012) y es necesario abordarlas.

Por esas razones “se considera que el tratamiento de los adultos con TDAH debe ser multimodal, de forma que se deben combinar las intervenciones farmacológicas con las psicológicas y las psicosociales” (Ramos Quiroga et al., 2012).

4.2 Terapias y Abordajes Psicoterapéuticos

4.2.1 Terapia Cognitivo Conductual

El abordaje con mayor respaldo empírico es el de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) que combina la enseñanza y práctica de habilidades y estrategias para el afrontamiento de los síntomas en la vida diaria del paciente. El tratamiento consiste en sesiones de entrenamiento en distintas estrategias adaptativas, el análisis en conjunto de las dificultades encontradas para su aplicación, y la percepción de su efectividad por parte del paciente, así como la readecuación de las mismas a su problemática (Ramos-Quiroga et al., 2012).

También se abordan los pensamientos desadaptativos y estrategias de afrontamiento compensatorias (evitación, confrontación, comportamientos enfocados en la recompensa inmediata, etc.) generadas en el sujeto como consecuencia de las experiencias negativas (fracaso o bajo rendimiento académico, problemas relacionales a nivel pareja/familia/amigos/laboral/social) y que terminan generando síntomas de ansiedad y depresión asociados (Ramos-Quiroga et al., 2012).

4.2.2 Terapia Dialéctico Conductual

La Terapia Dialéctico Conductual (TDC) fue inicialmente formulada para el diagnóstico de TLP cuyas características principales de desregulación emocional, alta

impulsividad y problemas en las relaciones interpersonales (Soler et al., 2016) hemos abordado en el apartado de comorbilidades frecuentes del TDAH.

La TDC combina la TCC clásica (con técnicas que apuntan al cambio conductual y cognitivo) con principios que provienen del Zen (aceptación y validación), y se ha utilizado en otras poblaciones clínicas que incluyen los trastornos de personalidad, del estado de ánimo, de conducta alimentaria (atracón, bulimia), oposicionista desafiante y TDAH (Soler et al., 2016). La TDC consta de 4 módulos de entrenamiento (mindfulness, regulación emocional, efectividad interpersonal y tolerancia al malestar) pero no todos son utilizados en estas adaptaciones para otros trastornos (por ejemplo la efectividad interpersonal no es utilizada en los TCA). Se ha descrito en algunos estudios que el entrenamiento en habilidades (de mindfulness, regulación emocional, efectividad interpersonal y tolerancia al malestar) del TDC es eficaz en sí mismo en la reducción de síntomas del TDAH y otros trastornos (Soler et al., 2016).

4.2.3 Mindfulness (Atención Plena)

Mindfulness o Atención Plena, se encuentra dentro de las terapias de tercera generación con resultados positivos comprobados para distintas afecciones. Se trata de una práctica meditativa de la tradición budista, a la que la ciencia ha encontrado múltiples beneficios para la salud, y la ha despojado de contenido religioso a efectos de ser utilizada en la clínica actual. El concepto Mindfulness refiere principalmente a dirigir nuestra atención al momento presente, observando la experiencia sin juzgar (Mariño et al., 2017).
Kabat-Zinn (2003) lo define como “la práctica formal del aumento de la conciencia, la atención en el momento presente, y la observación sin prejuicios”, siendo conceptualizado por Bishop (2004) como un modelo que hace foco en dos pilares fundamentales: “orientar la atención al momento presente” y “aproximarse a la propia experiencia con curiosidad, apertura y aceptación” (Forcadell et al., 2016).

Se trata de una terapia con base en la meditación (Bishop, 2004) donde se observan los pensamientos, emociones y estados del cuerpo sin una actitud reactiva hacia ellos (sólo se contempla). El foco principal es el proceso cognitivo intencional de orientar y regular la atención al momento presente con una postura abierta y de aceptación; en la que hay un componente muy importante de calma y relajación (Forcadell et al., 2016).

Distintas investigaciones han comprobado que la práctica continuada de Mindfulness aumenta la capacidad atencional, de regulación de la emoción y la atención, y la metacognición, entre otras funciones (Forcadell et al., 2016).

Básicamente la práctica del MIndfulness implica distintos tipos de entrenamientos como por ejemplo la Meditación de Atención Plena (que es una práctica formal anclada en la respiración, sensaciones corporales y sonidos atendiendo al momento presente y sin juzgar), el Body Scan (o escáner corporal, que consiste en recorrer con la atención cada parte del cuerpo mientras se van notando las sensaciones corporales que puedan existir de dolor, picor, tensión, comodidad o incomodidad, pero sin tratar de cambiarlas, sólo observando y notando), y Meditaciones Activas: Caminar Consciente (prestando atención al propio cuerpo y las sensaciones que se producen al caminar en las distintas partes del mismo), Comer Consciente (mindful eating, prestando atención a la experiencia de comer, las texturas, sabores, y sensaciones que provocan los alimentos en el proceso de comer), Actividades Diarias (Utilizar la atención plena en distintas actividades de la vida cotidiana como lavarse los dientes, escuchar música, cocinar, etc.), Mindfulness Interpersonal (práctica de la atención plena en la relación con el otro, atendiendo a una conexión real en tiempo presente, observando y sin juzgar), y Mindfulness Basado en la Compasión (Loving-kindness Meditation que consiste en practicar la bondad y la compasión hacia sí mismo y hacia los demás seres). Todas y cada una de estas prácticas ayudan a aliviar los síntomas de estrés, mejorar la regulación emocional y aumentar la sensación de bienestar de las personas (Teasdale et al., 2015; Goldstein y Stahl, 2017; Kabat-Zinn, 2009).

Existen varias terapias basadas en Mindfulness como por ejemplo el programa de reducción de estrés basado en mindfulness (MBSR) desarrollado por Kabat-Zinn en 1992 o la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) desarrollada por Segal y colaboradores, en 2006, entre otras (Mariño et al., 2017).

Las intervenciones basadas en Mindfulness han probado ser efectivas en distintas áreas de la salud disminuyendo sintomatología negativa (dolor crónico, fibromialgia, estrés, ansiedad y otros), evitando las recaídas en episodios depresivos, mejorando la calidad de vida de personas con diagnóstico de cáncer (y otras enfermedades complejas), y generando mayor sensación de bienestar y satisfacción en general (O. Nievas, comunicación personal, Setiembre 17, 2024; Vazquez, 2016).

Con respecto a la población clínica con diagnóstico de TDAH, se ha encontrado una reducción de la sintomatología característica (déficit atencional, bajo autocontrol emocional y conductual, hiperactividad, impulsividad) del orden del 30% (y superior), incidiendo positivamente en el estado de ánimo y la calidad de vida de los sujetos (Forcadell et al., 2016).

La práctica de Mindfulness en población clínica diagnosticada con TDAH está relacionada con la mejora de los síntomas nucleares de éste (mayor atención, menor impulsividad, mejor regulación emocional), así como la reducción de síntomas de estrés y ansiedad secundarios al mismo (Forcadell et al., 2016).

4.2.3.1 MBSR

La Terapia de Reducción del Estrés Basada en Mindfulness fue desarrollada por Kabat-Zinn (1979) con el objetivo de gestionar el estrés, la sintomatología característica del dolor crónico (cáncer, fibromialgia, etc.), los trastornos de ansiedad, y otras condiciones de salud que se verían beneficiadas con una respuesta consciente y no reactiva. Fue una de las primeras intervenciones terapéuticas basadas en el entrenamiento en habilidades de atención plena o mindfulness recogiendo desde sus comienzos a la fecha una larga lista de estudios de efectividad para distintas afecciones. Es un programa que se desarrolla estructurado en 8 semanas, en las cuales se realiza una práctica semanal en la clínica de aproximadamente dos horas junto al instructor, además de incorporar instancias de práctica domiciliaria formales (meditación sentado, escaneo corporal, yoga consciente - hatha yoga, meditación caminando, etc.) e informales (implementando la atención plena en distintas actividades: comer, caminar, escuchar sonidos emergentes o música, tomar una ducha, pausa consciente, observación de la naturaleza, etc.) en las cuales se integra la meditación a las actividades cotidianas (Bertolín, 2015).

Con respecto a la sintomatología nuclear del TDAH en adultos los resultados varían de un estudio a otro pero en general se reportan mejoras significativas respecto a la disminución de las dificultades atencionales y en el nivel de hiperactividad. También se encontraron resultados positivos respecto a la baja en los síntomas depresivos y de ansiedad, así como una mejora funcional general, mayor autocompasión, actitud mental positiva y desarrollo de habilidades sociales de los pacientes (Mariño et al.; 2017).

4.2.3.2 MBCT

La Terapia Conductual Basada en Mindfulness (MBCT) es un tipo de intervención nucleada en las llamadas terapias de tercera generación que integra la terapia cognitiva conductual y el entrenamiento en Mindfulness. Fue desarrollada a partir de la MBRS (Kabat-Zinn, 1984) para la intervención en trastornos del estado de ánimo y los frecuentes episodios de recaídas de los trastornos depresivos mostrando altos índices de efectividad. Apoyada en la idea de que el paciente logre “notar” los síntomas (sensaciones corporales, pensamientos y emociones) que dan inicio a una nueva recaída, y pueda detener el proceso respondiendo de forma más adaptativa, evitando así un nuevo episodio depresivo. Algunos estudios (Vazquez et al; 2010) vinculan la vulnerabilidad adquirida a la recaída en episodios depresivos con la reactivación de patrones de pensamiento desadaptativos e ideas limitantes, a veces activados por situaciones negativas o estresantes, y otras veces desencadenado por sesgos en el procesamiento de la información (Beck; 1967) como la generalización, el pensamiento catastrófico, las atribuciones causales, la interpretación o significado atribuido por la persona, etc. Los distintos estudios sobre el ciclo de recaídas de

los trastornos depresivos hablan de una “sensibilización progresiva” en la que las redes asociativas se fortalecen y se independizan de la experiencia, a la vez que disminuye el umbral para la activación de estos procesos. Con cada recaída se produce una mayor reactividad cognitiva, a la vez que la incidencia de los estresores externos es menor. Para detener el ciclo resulta fundamental la base de la terapia meditativa de mindfulness prestando atención a la experiencia presente (interna o externa), con curiosidad y sin juzgar, redirigiendo la atención a la experiencia presente y desarrollando una meta-conciencia en la que los pensamientos y emociones pueden ser observados como producto de nuestra mente y no como realidades absolutas. Mindfulness incorpora los conceptos de aceptación y compasión para relacionarse con la experiencia, la emoción y el pensamiento de una manera más adecuada. A su vez la terapia cognitiva conductual es necesaria en función de intervenir en los procesos de rumiación, supresión de pensamientos automáticos negativos, o la evitación experiencial, modificando estos por una respuesta más adaptativa (Fernández, 2016).

Existe suficiente evidencia empírica que justifica la implementación de MBCT en pacientes adultos diagnosticados con TDAH en función de los efectos positivos sobre la sintomatología nuclear del trastorno. Distintos estudios con protocolos adaptados verifican la mejora de algunas funciones ejecutivas especialmente alteradas en esta condición como la atención, el control inhibitorio, la memoria de trabajo y la regulación emocional (Fernández, 2016).

Los distintos estudios muestran cómo la práctica sostenida de mindfulness puede modificar las redes atencionales mejorando su rendimiento así como el de otras funciones ejecutivas como el control cognitivo y la memoria de trabajo. La práctica continua de estas habilidades también puede generar cambios en la actividad de los circuitos neuronales fronto estriados, aumentar los niveles de disponibilidad en el espacio sináptico de neurotransmisores clave como la dopamina, y aumentar el grosor cortical (Forcadell et al.; 2016) incidiendo directamente en la sintomatología nuclear del TDAH.

Por otra parte, la aceptación de la experiencia, la meta-conciencia y la intervención cognitiva conductual en la modificación de patrones de pensamiento y conductas desadaptativas, reducen la procrastinación, las estrategias de evitación, escape y negación tan comunes en el TDAH. El programa sugiere un estudio en profundidad de cada caso, psicoeducación sobre los aspectos que provocan y mantienen las dificultades en función de adaptar la terapia MBCT a las distintas condiciones de salud. La MBCT es una terapia transdiagnóstica que ha probado ser eficaz para múltiples patologías así como en la mejora de la calidad de vida de las personas sin diagnóstico clínico (Fernández, 2016) manteniendo los resultados positivos en el tiempo, por lo cual es altamente recomendada y utilizada en el ámbito clínico actual.

5. Conclusión

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad está caracterizado por un retraso en la maduración de dos rasgos neuropsicológicos fundamentales (la capacidad atencional y la autorregulación). Estas diferencias de desarrollo con la población no clínica son de tipo cuantitativo, y no cualitativo, lo cual lo define como un trastorno del neurodesarrollo (Barkley, 2013). En función de su sintomatología característica las personas que padecen TDAH sufren las consecuencias psicosociales de la impulsividad, hiperactividad, desorganización, bajo nivel de autocontrol comportamental y emocional, memoria de trabajo deficiente, mala regulación del tiempo, ceguera al futuro, procrastinación, y otros que condicionan las posibilidades y expectativas de estos sujetos (Barkley, 2013). Los síntomas mencionados tienen un efecto negativo, continuado y permanente en todas las áreas de desarrollo de estos sujetos: académico, de pareja, familiar, social, laboral, dificultades económicas, ludopatías, conductas temerarias, intentos de suicidio, etc.; además de promover el desarrollo de otros trastornos comórbidos (Barkley, 2013).

Las comorbilidades en el TDAH son altamente frecuentes agravando la sintomatología propia del trastorno (falta de atención, impulsividad, desorganización, autocontrol emocional y conductual deficitario, etc.) y complicando su diagnóstico ya que muchas veces sus síntomas se superponen o camuflan entre ellos. Entre las más prevalentes se encuentran los trastornos de ansiedad, la depresión, el consumo problemático de sustancias, el trastorno por insomnio, los trastornos de la conducta alimentaria y algunos trastornos de la personalidad del grupo B como el trastorno límite de la personalidad y el trastorno antisocial de la personalidad (Brown, 2010).

El TDAH es un trastorno con una elevada prevalencia, pero subdiagnosticado en población adulta (Brown, 2010; Ticas y Ochoa, 2010; Valdizán & Izaguerri, 2009); que genera grandes problemas a nivel de la salud de las personas, y un gran desembolso de recursos por parte de los gobiernos abocados a mitigar sus consecuencias. Por esta razón, la recomendación de las guías clínicas actuales es, lejos de trivializar las consecuencias de este trastorno: detectar y tratar el TDAH en todas las etapas evolutivas, en función de la salud y el bienestar de quienes lo padecen (Aragonés et al., 2013).

En este sentido, la primera opción de tratamiento es la terapia farmacológica que incluye drogas estimulantes del SNC como el Metilfenidato y otras anfetaminas, y drogas no estimulantes como algunos antidepresivos de uso más generalizado y el Modafinilo. Si bien la medicación es necesaria en el tratamiento del TDAH, se recomienda un enfoque terapéutico que aborde tanto los síntomas del TDAH como las problemáticas emocionales y comportamentales asociadas al mismo. Además, y en función de su alta comorbilidad se

debe planificar un tratamiento que considere la sintomatología de todos los trastornos presentes en un individuo y las posibles interacciones farmacológicas que pudieran ocurrir (Hernandez et al., 2021; Ramos-Quiroga et al., 2012; Vidal-Estrada et al., 2012). Bajo esta perspectiva, hemos recogido de la literatura científica los tratamientos psicoterapéuticos con más evidencia para la intervención en el TDAH en adultos y sus comorbilidades más frecuentes (Hernandez et al., 2021; Ramos-Quiroga et al., 2012; Vidal-Estrada et al., 2012).

La TCC es una de las intervenciones más estudiadas y recomendadas para el tratamiento de adultos con TDAH, a través de técnicas que incluyen el entrenamiento en habilidades organizativas, manejo adecuado del tiempo, y la reestructuración cognitiva, entre otras (Ramos-Quiroga et al., 2012).

De acuerdo a la gravedad de los síntomas y/o la concurrencia de comorbilidades como la ansiedad o la depresión (entre otras) la TCC puede ser complementada con otros enfoques, como la TDC (que es particularmente útil en el manejo de la inestabilidad emocional y los impulsos autodestructivos), o las terapias basadas en Mindfulness como por ejemplo MBSR o MBCT (Forcadell et al., 2016; Mariño et al., 2014.; Soler et al., 2016).

Las terapias basadas en Mindfulness son ampliamente utilizadas para un gran espectro de afecciones de la salud siendo aplicadas también como complemento terapéutico de otras intervenciones. Se ha observado que la práctica continuada de Mindfulness puede ayudar a los adultos con TDAH a mejorar su capacidad atencional, y regulación emocional, brindando herramientas para observar sus pensamientos y emociones sin reaccionar de manera impulsiva. Se ha visto también que la práctica de Mindfulness reduce la sintomatología de estrés y ansiedad, además de promover un sentimiento de bienestar en la calidad de vida de quienes lo practican (Forcadell et al., 2016, Vazquez, 2016).

En resumen, hemos revisado la naturaleza compleja y características del TDAH, así como de sus comorbilidades más frecuentes en adultos y el desafío diagnóstico que esto conlleva. Consideramos que un enfoque integral e individualizado es fundamental para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y su entorno. Entendemos que más allá del tipo de terapia que se elija en función de la presentación clínica del TDAH y las comorbilidades que puedan estar presentes, es necesario una instancia de psicoeducación hacia el paciente y su familia como base para comprender qué les ocurre, por qué y qué herramientas utilizar para mejorar su calidad de vida.

Referencias

Adhd Videos. (2014). Barkley, R. *30 Essential Ideas you should know about ADHD*, Youtube. https://youtu.be/4OVS16Abo80?si=aU1mMwqp80NHsmVU

American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. dsm5-manualdiagnsticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf (federacio catalana tdah.org)

Aragonès, E., Cañisá, A., Caballero, A., & Piñol-Moreso, J. L. (2013). Cribado para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad en pacientes adultos de atención primaria. *Revista de Neurología*, *56*(9), 449-455. Cribado-para-el-trastorno-por-deficit-de-atencion-hiperactividad-en-pacientes-adultos-de-atencion-primaria.pdf (researchgate.net)

Arija-Val, Victoria, Santi-Cano, María José, Novalbos-Ruiz, José Pedro, Canals, Josefa, & Rodríguez-Martín, Amelia. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, *39*(spe2), 8-15. Epub 31 de octubre de 2022. https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173

Barkley, R. (2006). The Nature of ADHD. In R. A. Barkley, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment (third.). New York: Guilford Press.

Barkley, R. (2011). *La naturaleza del TDAH: Las Funciones ejecutivas y la autorregulación - Parte I*. Educación Activa, Fundación Mapfre. https://www.educacionactiva.com/doc/conferencia-2-la-naturaleza-del-tdah-funciones-ejecutivas-parte-I.pdf

Barkley, R. A. (2013). *Tomar el control del TDAH en la edad adulta*. Taking Charge of Adult ADHD | Z-Library

Bertolín Guillén, J. M. (2015). Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): actualización. *Revista de la Asociación*

Española de Neuropsiquiatría, *35*(126), 289-307. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352015000200005&script=sci_arttext

Brown, Thomas E. (2005). Attention Deficit Disorder: The Unfocused Mind in Children and Adults. *Yale University Press Health & Wellness*. Attention Deficit Disorder: The Unfocused Mind in Children and Adults | Z-Library

Brown, Thomas E. Comorbilidades del TDAH : manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos. Amsterdam: Elsevier Masson, 2010. Print. Comorbilidades del TDAH | Z-Library

Brown, T. E. (2019). Estableciendo Un Plan Psicosocial Para El Manejo Del Tdah. *TDAH*, 71. La Federación Mundial de TDAH Guía (adolescenciasema.org)

Buller, I. (2010). EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EFECTIVA DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA. Propuesta de compilación de pruebas neuropsicológicas para la evaluación del funcionamiento ejecutivo. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, *4*(1), 63-86. https://www.redalyc.org/pdf/4396/439642485005.pdf

Carboni, A. (2011). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, *1*(3), 95-131. Redalyc.El trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Castellanos, F. X. (1997). Toward a pathophysiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Pediatrics*, *36*(7), 381-393. https://doi.org/10.1177/000992289703600702

Conners, C. K., Erhardt, D. y Sparrow, M. A. (2003). Conners' adult ADHD rating scales (CAARS). *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 431-437. https://doi.org/10.1016/S0887-6177(03)00021-0

Curtis, D. L., Clemente, C. M., González, J. P. H., & Hernández, P. J. R. (2016). Evolución histórica del concepto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Canarias Pediátrica*, *40*(1), 40-46. Evolución histórica del concepto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad - Dialnet (unirioja.es)

De Medicamentos, F. T. (2011). MSP. Disponible en formato web: http://www. msp. gub. uy. Formulario Terapéutico de Medicamentos - 2012 | MSP (www.gub.uy)

Douglas VI. The psychological processes implicated in ADD. In Bloomingdale L, ed. Attention deficit disorder: Diagnostic, cognitive, and therapeutic understanding. New York: Guilford; 1984. p. 147-62. Sample Chapter: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Fourth Edition: A Handbook for Diagnosis and Treatment (guilford.com)

Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J., Tannock, R., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature reviews. Disease primers*, *1*, 15020. https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., . . . Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 128, 789–818. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022

Fadeuilhe, C. (2022). Insomnio en adultos con TDAH: comorbilidades y evolución clínica. https://ddd.uab.cat/record/265409

Ferre, F., Villamor, I. B., Cambra, J., & Bruna, M. M. O. (2017). Influencia de los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos en la calidad de vida y funcionalidad de los trastornos de conducta alimentaria. *Actas españolas de psiquiatría*, *45*(3), 98-107. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6022723

Forcadell López, E., Astals Vizcaino, M., Treen Calvo, D., Chamorro López, J. y Batlle Vila, S. (2016). Entrenamiento en Mindfulness para pacientes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): Una revisión descriptiva. *Revista de psicoterapia*, *27*(103), 203-213. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5399249

Goldstein, E., & Stahl, B. (2017). *El manual del mindfulness: prácticas diarias del programa de reducción del estrés basado en el mindfulness (MBSR)*. Editorial Kairós.

González Fernández, D. (2024). *El TDAH y su relación con el consumo de sustancias.* [Trabajo final de grado, Universidad de Cantabria]. https://hdl.handle.net/10902/33069

Hernández, F., Plaza, J., & Kreither, J. (2021). Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad en adultos: Una revisión sistemática de abordajes terapéuticos. *Psicoperspectivas*, *20*(1), 44-55. 0718-6924-psicop-20-01-44.pdf (scielo.cl)

Hoogman, M., Bralten, J., Hibar, D. P., Mennes, M., Zwiers, M. P., Schweren, L. S., ... & Franke, B. (2017). Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *The Lancet Psychiatry*, *4*(4), 310-319. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis - ScienceDirect

Kabat-Zinn, J. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana: Donde quiera que vayas, ahí estás* (Vol. 256). Grupo Planeta (GBS).

Kooij, J. J. S., Francken, M. H., Bron, T. I., & Wynchank, D. (2010). DIVA-5. DIVA-5-ES-20230918-190342-b46da3c051a845c89395-unlocked.pdf (psyciencia.com)

Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balazs, J., ... & Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European psychiatry*, *56*(1), 14-34. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD | European Psychiatry | Cambridge Core

Mariño Fontenla, V., Sanz-Cervera, P., & Fernández Andrés, M. (2017). Efectividad del mindfulness en personas con TDAH: estudio de revisión. https://digibug.ugr.es/handle/10481/48549

Martínez, N., Albaladejo Gutiérrez, E., Espín Jaime, J. C., Güerre Lobera, M. J., Sánchez García, J., y Jiménez, J. L. (2015). Etiología y patogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista Española de Pediatría, 71*(2) , 62-68. Revista Española de Clínica e Investigación

Mendiela Coll, S. Impulsividad en Trastorno de la Conducta Alimentaria y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: Una revisión sistemática. https://hdl.handle.net/11000/31913

Moffitt, T. E., Houts, R., Asherson, P., Belsky, D. W., Corcoran, D. L., Hammerle, M., ... & Caspi, A. (2015). Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry*, *172*(10), 967-977. https://psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2015.14101266

Nonnis, B. N. T. (2008). Una trimorbilidad forense emergente: el trastorno de personalidad, el trastorno del control de los impulsos y el abuso de sustancias tóxicas. *Anuario de Psicología Jurídica*, *18*, 91-97. Redalyc.Una Trimorbilidad Forense Emergente: El Trastorno de Personalidad, el Trastorno del Control de los Impulsos y el Abuso de Sustancias Tóxicas

Pelaz, A., & Autet, A. (2015). Epidemiología, diagnóstico, tratamiento e impacto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista española de pediatría*, *71*(2), 57-98. REP 71-2.pdf (seinap.es)

Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.

PJC, J., Ramos-Quiroga, J. A., Chalita, P. J., Vidal, R., Bosch, R., Palomar, G., & Prats, L. (2012). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Rev neurol*, *54*(Supl 1), S105-15. tdah15.pdf (amece.es)

Quintero, J., & Castaño de la Mota, C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría integral*, *9*, 600-608. Pediatría-Integral-XVIII-9.pdf (pediatriaintegral.es)

Quintero, J., Loro, M., Jiménez, B., & García Campos, N. (2011). Aspectos evolutivos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): de los factores de riesgo al impacto socioacadémico ya la comorbilidad. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, *22*(96), 101-108. https://www.researchgate.net/profile/Javier-Quintero-3/publication/51698726_Evolutionary_issues_in_attention_deficit_hyperactivity_disorder_ADHD_from_risk_factors_to_comorbidity_and_social_and_academic_impact/links/02e7e5389ea0c9f814000000/Evolutionary-issues-in-attention-deficit-hyperactivity-disorder-ADHD-from-risk-factors-to-comorbidity-and-social-and-academic-impact.pdf

Ramos-Quiroga, J. A., Sáez–Francàs, N., Munsó, R. B., de la Cruz, M. C., Vinardell, M. F., & Brugué, M. C. (2009). Aproximación clínica a la comorbilidad entre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y el Trastorno Límite de Personalidad en adultos. *Norte de salud mental*, *8*(35), 41-49. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830262

Rojo-Valdemoro, C., Rojo-Moreno, J., & Santolaya Prego de Oliver, J. A. (2021). Relación entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno por consumo de sustancias (revisión). *Revista española drogodependencia*, 21-41. https://www.aesed.com/upload/files/v46n1_rojo.pdf

Ruiz, P., Calliari, A., Genovese, P., Scorza, C., & Pautassi, R. M. (2018). Amphetamine, but not methylphenidate, increases ethanol intake in adolescent male, but not in female, rats. *Brain and behavior*, *8*(4), e00939. https://doi.org/10.1002/brb3.939

Ruiz, P., & Pautassi, R. (2023). Malestar psicológico y su relación con edad, sexo, trabajo, estudio, zona de residencia, en jóvenes uruguayos. *Avances En Psicología Latinoamericana* , *41*(3), 1–10. https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.12731

Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de neurología*, *40*(6), 358-368. RN_4006_358_R_2004364_Servera.qxp (researchgate.net)

Soler, J., Eliges, M., & Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y modificación de Conducta*, *42*(165-66). https://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2793

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (2015). *El camino del mindfulness: un plan de 8 semanas para liberarse de la depresión y el estrés emocional*. Grupo Planeta (GBS).

Ticas, J. A. R., & Ochoa, E. R. (2010). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adultos. *CONSEJO EDITORIAL 2009-2010*, *78*(4), 196. Vol78-4-2010.pdf

Tolle, E. (2000). El poder del ahora. *Editorial Norma SA*. https://www.espiritualidadpamplona-irunea.org/wp-content/uploads/2017/11/Tolle-Eckhart-El-Poder-del-Ahora.pdf

Valdizán, J. R., & Izaguerri-Gracia, A. C. (2009). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Rev Neurol*, *48*(Supl 2), S95-9. untitled (cemic.edu.ar)

Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-psiquiatría*, *79*(1), 42-51. https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=372044762006

Vázquez-Justo, E., & Blanco, A. P. (Eds.). (2017). *TDAH y trastornos asociados*. Institute for Local Self-Government. POJMOVNA IZHODIŠČA (researchgate.net)

Vidal-Estrada, R., Bosch-Munso, R., Nogueira-Morais, M., Casas-Brugue, M., & Ramos-Quiroga, J. A. (2012). Tratamiento psicológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: revisión. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *40*(3), 147–154. Tratamiento psicológico del trastorno por déficit de atención con hiperacti...: EBSCOhost

Yunta, J. A. M., Baduell, M. P., Salvadó, B. S., & Santasusana, A. V. (2006). Neurobiología del TDAH. *Acta neurológica colombiana*, *22*(2), 184-189. Neurobiología del TDAH | Acta Neurológica Colombiana (actaneurologica.com)

Zúñiga, A. H., & Forteza, O. D. (2014). El TDAH y su comorbilidad. *Pediatría Integral*, *18*(9), 643-654. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf#page=55