



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

El TDAH en adultos: sintomatología, evaluación y tratamiento

Autora: María Arroyo Alonso

Directora: Eva María Díaz Mesa

Madrid

2020/2021

Resumen: El trastorno por déficit de atención/hiperactividad es una patología neuropsiquiátrica caracterizada por altos niveles de inatención e hiperactividad o impulsividad. Se trata del trastorno con mayor prevalencia en la infancia y adolescencia y, desde sus inicios, los estudios del trastorno se han centrado exclusivamente en estas etapas. Teniendo en cuenta que en más de la mitad de los casos persisten los síntomas tras la adolescencia, y el impacto que tiene este en la vida diaria de las personas que lo padecen, se hace necesaria la expansión de su reconocimiento y el desarrollo de nuevas investigaciones. En el presente estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la investigación realizada hasta la actualidad sobre este trastorno en la edad adulta, atendiendo a las características principales de la sintomatología, comorbilidades, evaluación y tratamiento. Las conclusiones a las que se han llegado tras la revisión es la necesidad de formar a los profesionales en esta materia y de elaborar nuevas herramientas diagnósticas o actualizar las existentes con los criterios diagnósticos vigentes, así como el aumento del número de investigaciones que tienen como objeto el estudio de este trastorno en la edad adulta, con el fin de realizar diagnósticos más precisos y contar con evidencias sobre los métodos de tratamiento más eficaces.

Palabras clave: TDAH, adultos, tratamiento farmacológico, intervención psicológica, evaluación, comorbilidad.

Abstract: Attention deficit / hyperactivity disorder is a neuropsychiatric condition characterized by high levels of inattention and hyperactivity or impulsivity. It is the disorder with the highest prevalence in childhood and adolescence and, since its inception, studies of the disorder have focused exclusively on these stages. Taking into account that in more than half of the cases the symptoms persist after adolescence, and the impact that this has on the daily life of the people who suffer from it, it is necessary to expand its recognition and the development of new research. In the present study, a bibliographic review of the research accomplished to date on this disorder in adulthood has been carried out, taking into account the main characteristics of the symptoms, comorbidities, evaluation and treatment. The conclusions that have been reached after the review is the need to instruct professionals in this area and to develop new diagnostic tools or update existing ones with the current diagnostic criteria, as well as the increase in the number of investigations aimed at the study of this disorder in adulthood in order to make more precise diagnoses and have evidence on the most effective treatment methods.

Key words: ADHD, adults, pharmacological treatment, psychological intervention, evaluation, comorbidity.

ÍNDICE

1. Introducción.....	4
1.1 Justificación	4
1.2 Objetivos.....	5
2. Origen y evolución del TDAH en adultos en el DSM y CIE.....	6
3. Sintomatología.....	7
3.1 Consecuencias del trastorno	9
4. Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.....	10
5. Evaluación	13
6. Tratamiento.....	16
6.1 Tratamiento farmacológico	17
6.2 Intervenciones psicológicas.....	19
7. Discusión	20
8. Conclusiones	21
9. Limitaciones y prospectiva	22
10. Referencias bibliográficas.....	23
ANEXO 1. Criterios diagnósticos del TDAH en el DSM-V (APA, 2014)	33
ANEXO 2. Criterios del trastorno hiperactivo de la CIE-10 (OMS, 1992).....	36

1. Introducción

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es una patología neuropsiquiátrica caracterizada por altos niveles de inatención e hiperactividad o impulsividad (APA, 2014). Este trastorno se encuentra recogido en las principales clasificaciones diagnósticas, pero no siempre han contado con los criterios actuales ya que el reciente reconocimiento de la presencia del TDAH en la edad adulta ha hecho necesaria la introducción de ciertos cambios. Hasta hace dos décadas no se consideraba la posibilidad de que este trastorno pudiera perdurar en la edad adulta y se contemplaba como propio de la infancia (Zalsman y Shilton, 2016). Sin embargo, la creciente investigación sobre esta materia ha demostrado que los síntomas pueden continuar durante esta etapa e incluso estudios muy recientes sugieren que la aparición del trastorno puede darse en la edad adulta sin necesidad de haber experimentado síntomas durante la infancia o adolescencia (Moffit et al., 2015)

A pesar de contar con amplia evidencia empírica, hay un sector de la comunidad científica que rechaza la existencia del TDAH tanto en la población infantil como en personas adultas. Algunos de ellos consideran que el trastorno es un mito (Timimi et al., 2004) o una creación de los últimos años sin base científica (García de Vinuesa, 2017), mientras otros rechazan la etiqueta de “trastorno” para este conjunto de síntomas, argumentando que no se trata de un problema a nivel cerebral y poniendo el foco en el contexto social (Marina, 2019). Además, hay otros científicos que no contemplan la presencia de los síntomas en los adultos y aseguran que con este diagnóstico se favorece la medicalización de ciertas dificultades que no necesitan de estos tratamientos (Moncrieff y Timimi, 2011).

1.1 Justificación

El DSM-V establece una prevalencia del trastorno en un 5% de la población infantil, convirtiéndolo en el trastorno más prevalente de esa etapa, y un 2,5% en el caso de los adultos (APA, 2014). Sin embargo, las investigaciones de las dos últimas décadas revelan resultados dispares con respecto a esta tasa en adultos. En Estados Unidos, los estudios más relevantes han mostrado unas prevalencias que van desde el 2,5% al 5% (Kessler et al., 2006; Simon et al., 2009; Willcutt, 2012). Una investigación destacada de Fayyad et al., (2007) determina una prevalencia general de 3,4% en una muestra de 10 países diferentes donde España resultó tener la tasa más baja, un 1,2%.

Estudios más recientes se han centrado en investigar la persistencia de los síntomas en la edad adulta, llegando a la conclusión de que esto ocurre en más del 50% de los casos (Franke et al., 2018). Este dato pone de manifiesto la importancia de intervenir en esta etapa,

ya que el TDAH es un trastorno que causa un gran impacto en los pacientes, no solo por la afectación de los propios síntomas sino también por las consecuencias de estos cuando no se administra el tratamiento adecuado. Entre las repercusiones que puede experimentar una persona con TDAH se encuentran problemas económicos y laborales, así como dificultades en las relaciones sociales y de pareja que acaban resultando en unos índices bajos de calidad de vida y autoestima (Barkley, 2014).

A pesar de ello, se ha demostrado que estos índices mejoran cuando se recibe un diagnóstico (Pawaskar et al., 2020), por lo que también se hace necesario aumentar la precisión a la hora de diagnosticar este trastorno y contemplar la concurrencia de otros trastornos en el paciente. La tasa de comorbilidad en adultos con TDAH es muy alta, un 66,2% de los pacientes presenta al menos una patología psiquiátrica junto a este trastorno (Piñeiro-Dieguez et al., 2016), y esto se debe tener en cuenta a la hora de escoger el tratamiento adecuado puesto que este dependerá de la naturaleza de tales comorbilidades (Mao y Findling, 2014).

El tratamiento por excelencia en la actualidad es el farmacológico debido a la eficacia que han demostrado tener (Magnin y Maurs, 2017), pero se ha observado que los pacientes interrumpen este tipo de tratamiento en los primeros tres años (Zetterqvist et al., 2013). Además, el TDAH continúa siendo una patología en la que solo el 11% de los pacientes recibe tratamiento (Faraone, 2015; Ramos-Quiroga et al., 2008). Por esta razón y por las mencionadas anteriormente se hace preciso realizar una revisión bibliográfica que aborde la investigación realizada hasta ahora sobre el TDAH en la edad adulta.

Para la realización del presente trabajo se realizó dicha revisión bibliográfica a partir de diferentes fuentes de información a las que se ha accedió a través de bases de datos especializadas en materia de psicología como PsycInfo o PsicoDoc y medicina como PubMed.

1.2 Objetivos

El objetivo general de este estudio es conocer el estado actual del TDAH en adultos a partir de la investigación realizada hasta el momento. Para la consecución de dicho objetivo se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Contextualizar el TDH en adultos y su evolución en las clasificaciones diagnósticas (DSM y CIE).
- Analizar los principales síntomas del trastorno, otras características que apoyen el diagnóstico y sus consecuencias.
- Analizar las comorbilidades más frecuentes.
- Identificar y describir las herramientas de evaluación utilizadas en España.

- Revisar las distintas intervenciones farmacológicas y psicológicas que se aplican como tratamiento.

2. Origen y evolución del TDAH en adultos en el DSM y CIE

Desde sus inicios, el estudio del TDAH se ha centrado exclusivamente en la infancia y adolescencia. Sin embargo, los primeros autores conocidos que trataron este trastorno coincidían en que la presencia de este era más común durante la infancia y generalmente remitía durante la adolescencia, pero no descartaban la posibilidad de que persistiera en la edad adulta (Barkley, 2012; Barkley et al., 2008; Barkley y Peters, 2012; Kooij, 2013).

A principios del siglo XX destacó la figura del pediatra británico George Frederic Still, que describió el fallo de control moral a partir de un estudio realizado con 43 niños que presentaban problemas en la capacidad atencional y aprendizaje, así como comportamientos hiperactivos e impulsivos con actitudes desafiantes y desobediencia sistemática (Barkley et al., 2008; Kooij, 2013). Años más tarde, estos síntomas comenzaron a observarse en niños que habían sobrevivido a la epidemia de encefalitis letárgica sufrida al final de la Primera Guerra Mundial, y comenzó a asociarse el deterioro de la atención con el daño cerebral (Benito, 2008; Vargas y Parales, 2017).

El término empleado para este trastorno a partir de 1960 fue Disfunción Cerebral Mínima. Es en este momento cuando aparecen publicaciones sobre esta patología en adultos. Algunos artículos estudiaban la prevalencia de síntomas tras la adolescencia y otros ahondaban en el factor genético y la posibilidad de tratarse de un trastorno heredado (Barkley et al., 2008; Cantwell, 1975; Mendelson et al., 1971).

El TDAH es un trastorno recogido en los dos sistemas clasificatorios con mayor relevancia, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, tanto el nombre como los síntomas principales o criterios diagnósticos han variado desde su inclusión en estos manuales (Lange et al., 2010; Trujillo-Orrego et al., 2012).

En el DSM-II (APA, 1968) se introdujo bajo el nombre de Reacción Hiperkinética de la Infancia y en la tercera edición pasó a llamarse Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad (APA, 1980). Con esta nueva edición se hicieron tres clasificaciones según la presencia o ausencia de hiperactividad y otra según la remisión de los síntomas, contemplando así la persistencia de las manifestaciones durante la edad adulta (APA, 1980; Trujillo-Orrego et al., 2012). Sin embargo, estas clasificaciones se eliminaron en el DSM-III-R (APA, 1987) y con

ello la referencia a la presencia de síntomas esta etapa (Buitelaar et al., 2011; Lange et al., 2010).

En 1994 se publicó la cuarta edición del DSM, en la que aparecía de nuevo una clasificación según el síntoma predominante (APA, 1994). En esta ocasión el apartado relativo a síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo, recogía ejemplos de inquietud motora en los adultos con este trastorno (APA, 1994). En el DSM-IV-TR (2000), se puso de manifiesto las dificultades en la evaluación en adultos y se recomendó la inclusión de información objetiva como expedientes de la etapa escolar para demostrar la existencia de síntomas durante la infancia (APA, 2000).

En la quinta y actual edición del DSM (APA, 2014) el TDAH se ha eliminado del capítulo de trastornos de la infancia y adolescencia y han sido incluidas especificaciones de los criterios según la etapa evolutiva en la que se encuentren, incluyendo la adultez. También se ha retrasado el inicio de los síntomas, de los 7 a los 12 años y se ha reducido el número de síntomas que deben presentar los adultos para su diagnóstico ya que en el DSM-IV se requería la presencia de al menos 6 de los 9 síntomas y en el DSM-V requiere la existencia de 5 (ver anexo 1) (Anbarasan et al., 2020; APA, 2014).

En el caso de la CIE, el TDAH se incluyó en su novena edición (OMS, 1975) bajo el nombre de Síndrome Hiperkinético. La versión que se encuentra vigente actualmente (CIE-10) establece como criterio la presencia conjunta de los tres síntomas característicos para su diagnóstico (ver anexo 2) (Hidalgo y Sánchez, 2014; OMS, 1992). La comunidad científica considera que el Trastorno Hiperkinético de la CIE-10 es una presentación de mayor gravedad que el TDAH del DSM-V (Hidalgo y Sánchez, 2014). Desde el año 2019 se conoce que la undécima versión de la CIE, cuya publicación será en 2022, traerá consigo un cambio en el nombre del trastorno y los criterios diagnósticos, igualando la nomenclatura y caracterización a la utilizada en el DSM vigente (Feldman, 2020).

3. Sintomatología

La sintomatología del TDAH en la edad adulta es diferente a la que se presenta en etapas anteriores. Si bien es cierto que la inatención, la hiperactividad y la impulsividad continúan siendo dominios característicos, estos se manifiestan de forma más sutil (Zalsman y Shilton, 2016). Existe una diferencia en la presentación de los síntomas según el género, los hombres manifiestan más conductas hiperactivas e impulsivas mientras que las mujeres tienden a internalizar los comportamientos y experimentar más síntomas inatentos (Katzman et al., 2017).

En cuanto a la inatención, las personas suelen presentar manifestaciones en la etapa adulta. Entre ellas se encuentran olvidos, impuntualidad, dificultad para comenzar y finalizar las tareas, necesidad de tiempo extra para completar las tareas o la facilidad para distraerse con detalles irrelevantes (APA, 2014; Kooij et al., 2019). En el caso de la hiperactividad, las personas pasan a experimentar como una inquietud interna que no les permite mantenerse quietos en situaciones que así lo requieren, y dificulta la relajación. También se observa esta inquietud en su forma de expresarse, hablando rápido y con un volumen de voz alto (Kooij, 2013).

La impulsividad en la edad adulta se muestra en comportamientos tales como interrumpir a los otros durante una conversación, actuar sin pensar en las consecuencias, incapacidad de retrasar gratificaciones y dificultad para esperar el turno. Esta impulsividad suele decrecer a lo largo del tiempo, pero siguen tendiendo a la búsqueda de sensaciones y necesidad de estímulos novedosos (Kooij et al., 2019). En esta línea, diversos estudios revelan una mayor probabilidad en los adultos con TDAH de llevar a cabo comportamientos arriesgados en la conducción de vehículos, relaciones sexuales y consumo de sustancias tóxicas (Pollak et al., 2019).

En el DSM-V se contempla la alteración de las funciones ejecutivas y la desregulación o labilidad emocional como características que apoyan el diagnóstico en la edad adulta (APA, 2014). Sin embargo, hay ciertos autores que reclaman el establecimiento de estos síntomas como centrales del trastorno (Barkley, 2012; Corbisiero et al., 2016).

De acuerdo con Barkley (2012), las funciones ejecutivas son aquellas acciones auto-dirigidas y autorreguladas que permiten elegir metas y crear, mantener y representar las acciones necesarias para alcanzar dichas metas. Algunas funciones ejecutivas como la inhibición y el control emocional se han relacionado con la hiperactividad e impulsividad, encontrando que, a mayor deterioro en la inhibición de ciertas respuestas y en el control emocional, más pronunciados serán los síntomas de hiperactividad e impulsividad. También se ha observado que la memoria de trabajo, planificación y organización guardan cierta relación ya que la alteración en estas habilidades implica una mayor afectación del dominio de la inatención (Roselló et al., 2019).

En el caso de la desregulación emocional, hasta la tercera edición del DSM se contemplaba como uno de los síntomas principales del TDAH, pero a partir de entonces pasó a ser tratada como una característica que apoya el diagnóstico (Shaw et al, 2014). En un estudio de Shaw et al. (2014), se define la regulación emocional como aquella habilidad que permite modificar los estados emocionales con el fin de promover comportamientos adaptativos y orientados a un objetivo. La desregulación surge cuando la persona no es capaz de modificar

los estados emocionales y emite respuestas conductuales y fisiológicas excesivas que no se corresponden con las normas sociales y son inapropiadas para el contexto en el que se encuentra. De esta manera, en las personas con TDAH es frecuente que presenten irritabilidad, facilidad para enfadarse, baja tolerancia a la frustración, estallidos emocionales y cambios en el estado de ánimo (Retz et al., 2012; Shaw et al., 2014).

3.1 Consecuencias del trastorno

Las esferas vitales que se ven afectadas también cambian con respecto a la infancia, se elimina el ámbito escolar y se incluye el laboral, las relaciones maritales y la crianza de los hijos (Faraone et al., 2015). Una de las etapas más complicadas para las personas con TDAH es la transición a la vida adulta, que engloba entre los 18 y los 27 años. En este periodo los jóvenes hacen frente a nuevas responsabilidades como puede ser el comienzo de la universidad o la entrada al mercado laboral, donde se requiere un alto nivel de organización y planificación (Abecassis et al., 2017). La crianza de los hijos también supone un reto para aquellas personas que deciden formar una familia puesto que conlleva el cumplimiento de ciertas obligaciones y tareas que hacen necesaria la puesta en marcha de funciones ejecutivas que pueden estar alteradas (Faraone et al., 2015).

En la etapa universitaria los alumnos con TDAH presentan dificultades en la organización y planificación de tareas y horario de estudio, así en como la gestión del tiempo en los exámenes. Esto se ve reflejado en la calidad de las tareas y exámenes, que frecuentemente se presentan incompletos o con errores cometidos por falta de atención. El resultado del deterioro en la organización y planificación de las personas con TDAH es un rendimiento académico inferior a aquellos alumnos que no cuentan con este diagnóstico (Dvorsky y Langberg, 2019).

Un estudio de Adamou et al. (2013) muestra las manifestaciones del TDAH en el ámbito laboral. Las personas con déficit de atención se encuentran con complicaciones a la hora de aplicar para puestos de trabajo ya que requiere llevar a cabo una tarea tediosa como puede ser completar correctamente los formularios de aplicación. Además, añade que en el desempeño de sus funciones se manifiestan las deficiencias en las funciones ejecutivas como la planificación y organización, que pueden conllevar al despido. Es por ello por lo que en los adultos con TDAH existe un mayor índice de inestabilidad laboral y económica (Fredriksen et al., 2014).

Los estudios sobre el impacto del TDAH en las relaciones de pareja (Knies et al., 2021; Kooij, 2013) evidencian una menor duración de las mismas. Por un lado, las parejas de las personas con TDAH suelen reconocer una insatisfacción en sus relaciones debido a ciertas

actitudes del otro miembro. Entre estos comportamientos se encuentran los olvidos de citas, la falta de comunicación, muestras de desinterés durante las conversaciones, la ausencia de consenso en determinadas cuestiones y la inestabilidad emocional. Por otro lado, el aumento de responsabilidades que implica la crianza de los hijos supone un problema para las personas con esta patología ya que se hace necesaria una organización y planificación del tiempo y de las tareas (Barkley, 2013).

La obesidad (Cortese et al., 2016), alteraciones del sueño (Díaz-Román et al., 2018) y lesiones físicas (APA, 2014) son ejemplos de problemas de salud asociados al TDAH que han sido objeto de estudio en las últimas décadas (Kooij et al., 2019). Los problemas de salud junto con las manifestaciones mencionadas previamente, las alteraciones en las funciones ejecutivas y la desregulación emocional repercuten en la percepción de bienestar de los adultos con TDAH (Barkley, 2014). Esta apreciación subjetiva ha sido apoyada por investigaciones empíricas al mostrar menores rangos de calidad de vida en estos pacientes (Faraone et al., 2015). Los estudios cualitativos de este constructo ofrecen información sobre experiencias de la etapa escolar y adolescencia que han podido repercutir en la calidad de vida de estas personas, como puede ser la falta de apoyo de familiares y profesores, la percepción de ser diferente a los demás o el rechazo y exclusión por parte de compañeros que, junto con a las alteraciones cognitivas, dificultaban su adaptación al ambiente. Estas experiencias engendran en las personas sentimientos de inutilidad e incapacidad que pueden persistir a lo largo de su vida y derivar en síntomas depresivos o resentimiento por el trato recibido. Como resultado de ello, los adultos con TDAH suelen tener una baja autoestima (Adamou y Jones, 2020; Brod et al., 2012; Faraone et al., 2015).

4. Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos

La concurrencia del TDAH en adultos con otros trastornos del neurodesarrollo como el trastorno del espectro autista o trastornos del aprendizaje ha sido poco estudiado por la comunidad científica (Kooij et al., 2019), que ha optado por investigar la coexistencia del TDAH con trastornos del ánimo, por consumo de sustancias, de ansiedad y de la personalidad (Katzman et al., 2017).

Un estudio realizado en España con adultos con TDAH ofrece datos sobre la prevalencia de comorbilidad en el momento del diagnóstico, concluyendo que estas coexisten en un más de la mitad de los casos (Piñeiro-Dieguez et al., 2016). Los autores coinciden en la dificultad que supone realizar un diagnóstico preciso ante la presencia de síntomas propios del

TDAH ya que estos son compartidos por otros muchos trastornos y en ocasiones son enmascarados, complicando aún más el correcto reconocimiento (Katzman et al., 2017).

Se estima que un 11,4% de las personas con TDAH desarrollan trastornos por consumo de sustancias (Fayyad et al., 2017). Las investigaciones sobre la coexistencia de ambas patologías han reflejado la necesidad de un diagnóstico temprano del TDAH y la aplicación de un tratamiento adecuado, que permita disminuir el riesgo de padecer un trastorno por consumo de sustancias en el futuro (Chang et al., 2014). Los estudios realizados con población con y sin TDAH que presentan trastorno por abuso de sustancias muestran que el consumo tiene un inicio más temprano y es más duradero en aquellos con TDAH y consumo de sustancias frente a los que solo presentan trastornos por consumo de sustancias (Young et al., 2015). Los tóxicos con mayor tasa de consumo en las personas con ambas patologías son el alcohol, la nicotina y el cannabis, siendo más frecuente el policonsumo cuando hay comorbilidad (Capusan et al., 2019; Young et al., 2015). Estos datos sitúan al TDAH como factor de riesgo en el desarrollo de trastornos por consumo de sustancias (Wilens et al., 2011).

Las hipótesis que se han barajado sobre la estrecha relación de ambos trastornos sostienen, por un lado, que el uso de sustancias tiene como finalidad la reducción de síntomas del TDAH y, por otro, que ciertos síntomas del TDAH como la impulsividad, la búsqueda de sensaciones y el deterioro de las funciones ejecutivas, como la inhibición de respuestas, limitan la capacidad de resistir al consumo o mantener la abstinencia (van Amsterdam et al., 2018).

Si bien es cierto que las investigaciones estiman un 22% de concurrencia de trastornos del ánimo con el TDAH, la desregulación emocional presentada en este último no se explica por la presencia de comorbilidad (Corbisiero et al., 2016; Fayyad et al., 2017). Sin embargo, es frecuente que los profesionales confundan la inestabilidad emocional presentada en el TDAH con los síntomas del trastorno bipolar o depresión mayor (Rösler et al., 2010). Para evitar tal confusión, cabe indicar que el rasgo que permite diferenciar ambas presentaciones es el carácter episódico de los síntomas en los trastornos del ánimo, ya que en el TDAH los cambios emocionales tienen una duración más corta y suelen volver al nivel basal en cuestión de horas (APA, 2014; Kooij, 2019).

Se ha estimado la concurrencia del trastorno bipolar en personas con TDAH en un 9,4% de los casos (Fayyad et al., 2017). Durante los episodios maníacos del trastorno bipolar es frecuente observar ciertos síntomas del TDAH como la inquietud interna y externa, el habla excesiva o alteraciones en la inhibición de respuestas (Klassen et al., 2010). Por tanto, la evaluación de una posible coexistencia de ambos trastornos debe llevarse a cabo cuando la

persona presente un estado de ánimo eutímico y la manifestación de tales síntomas no pueda ser explicada por la existencia de trastorno bipolar (Mao y Findling, 2014).

Se ha observado diferencias en el curso del trastorno bipolar cuando concurre con o sin el TDAH (McIntyre et al., 2010). Por ejemplo, las personas con ambos diagnósticos tienen un inicio de la enfermedad más temprana, presentan más episodios maníacos, más posibilidad de que concurren otros trastornos psiquiátricos y un peor pronóstico de los síntomas (Brus et al., 2014; Karaahmet et al., 2013; McIntyre et al., 2010).

Cuando el TDAH se presenta junto con otro trastorno del ánimo como es la depresión mayor, los estudios indican que las manifestaciones depresivas tienen su inicio más temprano que en aquellos casos donde no hay TDAH (McIntyre, 2010). Entre las características diferenciales de la depresión se encuentra el estado anímico depresivo estático, alteraciones en el apetito y presencia de ideación suicida (APA, 2014; Mao y Findling 2014). Se ha demostrado que la calidad de vida es menor en los pacientes con ambas patologías frente a aquellos que solo padecen depresión (Bond et al., 2012) y se estima que un 15% de las personas con TDAH presentan un trastorno de depresión mayor a lo largo de su vida (Fayyad et al., 2017). Algunos autores consideran que la aparición de la depresión en los adultos con TDAH se debe a las interferencias que este trastorno provoca en el funcionamiento social, personal, académico, emocional o laboral y a las experiencias negativas derivadas del TDAH (Riglin, 2020).

Los trastornos de ansiedad también son frecuentes en las personas con TDAH, mostrando una prevalencia de 34,2% (Fayyad et al., 2017). En este caso los síntomas que comparten ambos trastornos son los relacionados con la inestabilidad emocional y la atención, produciendo deterioros en el ámbito social y ocupacional (APA, 2014). Sin embargo, la ansiedad recoge una serie de características que no se muestran en el TDAH, como la preocupación excesiva, tensión muscular, fatiga y alteraciones del sueño (APA, 2014; Kooij et al., 2012). Cabe mencionar que no se han hallado diferencias significativas a nivel cualitativo de la expresión de la inestabilidad emocional en ambos trastornos (Kooij et al., 2019). Por el contrario, hay estudios que reflejan el efecto mitigador que tiene la ansiedad sobre la impulsividad del TDAH cuando los trastornos coexisten (Schatz y Rostain, 2006). La menor intensidad de la impulsividad que presentan las personas con trastornos de ansiedad y TDAH dificulta el diagnóstico de este último ya que los síntomas suelen ser enmascarados por el trastorno de ansiedad, resultando en un diagnóstico tardío (Katzman et al., 2017).

Existe cierta relación entre el TDAH y los trastornos de personalidad, especialmente el trastorno límite de la personalidad que comparte como característica principal la impulsividad y también la inestabilidad emocional (Kooij et al., 2012). No obstante, difieren en la

importancia que tiene la inatención y los intentos de suicidio en cada uno de ellos, dado que la inatención se presenta como síntoma central del TDAH pero no del trastorno límite de personalidad y los intentos de suicidio son característicos de este último y no del TDAH (Asherson et al., 2014). En diferentes investigaciones los autores han puesto de manifiesto aquellas variaciones que surgen de la concurrencia de ambos trastornos, como una expresión más intensa de rabia e ira y una mayor impulsividad (Krause-Utz et al., 2013; Prada et al., 2014). Autores como Mao y Findling (2014) recalcan la importancia de realizar un diagnóstico preciso en casos de comorbilidad y la necesidad de contemplar ambas patologías en el ajuste de un tratamiento farmacológico ya que, en caso contrario, puede acabar aumentando los síntomas de una de las patologías.

5. Evaluación

El TDAH en adultos es un trastorno infradiagnosticado, y en ocasiones se diagnostica erróneamente a pacientes que realmente no presentan el trastorno (Kooij et al., 2013; Magnin y Maurs, 2017).

Tal y como se ha mencionado previamente, la hiperactividad suele reducirse con el tiempo y el síntoma que permanece es la inatención. Esto supone un problema a la hora de realizar un diagnóstico preciso ya que la falta de atención no es un síntoma exclusivo de esta patología y se puede encontrar en muchos otros trastornos, por ello se atribuye en menor medida al TDAH (Magnin y Maurs, 2017).

Con el fin de reducir los diagnósticos erróneos y aumentar la precisión en la detección de nuevos casos, es conveniente que los facultativos realicen pruebas a todos los pacientes que acudan con quejas de concentración, organización, poca autodisciplina, dificultad para pensar con claridad o mantener una rutina (Buitelaar et al., 2011). También deben ser examinados aquellos con problemas de conducta o con antecedentes crónicos de falta de atención, inquietud o impulsividad (Kooij et al., 2019). Cabe señalar que la presencia de estas dificultades no indica necesariamente el diagnóstico, pero sí conviene evaluar a aquellos que presentan varias de las características mencionadas (Buitelaar et al., 2011).

Durante el proceso de evaluación es muy importante analizar la presencia de comorbilidades utilizando las herramientas apropiadas, ya que estas patologías pueden ser la causa de que no se responda adecuadamente al tratamiento (Anbarasan et al., 2020). Asimismo es importante tener en cuenta que los adultos con TDAH llevan muchos años padeciendo esta sintomatología y es posible que hayan desarrollado estrategias compensatorias que reducen el deterioro en situaciones específicas como determinados

puestos de trabajo (Kooij et al., 2019). Es esencial considerar estos mecanismos durante el diagnóstico ya que su presencia no implica la desaparición del trastorno ni del deterioro de otras esferas vitales (Buitelaar et al., 2011; Kooij, 2013).

Otro de los problemas que se encuentran en la evaluación del TDAH es la falta de pruebas diagnósticas, ya sean neurológicas o psicométricas, que cuenten con garantías científicas necesarias para diferenciar a las personas con TDAH de las que no lo padecen (White et al., 2020). A pesar de ello, la metodología que se aplica actualmente incluye principalmente entrevistas clínicas y escalas de validez con criterios estandarizados y adaptados (Vélez-van-Meerbeke et al., 2015).

Con la publicación de la quinta edición del DSM los criterios diagnósticos del TDAH se han visto modificados, afectando así a los métodos de evaluación que precisan de una actualización o el desarrollo de nuevas técnicas (Anbarasan et al., 2020). Los cambios que más han afectado al diagnóstico han sido el retraso de inicio de los síntomas y la reducción del número de síntomas que deben presentar los adultos para su diagnóstico (APA, 2002, 2014).

Son muchas las herramientas que actualmente se utilizan alrededor del mundo para diagnosticar el TDAH en adultos y la mayoría de ellas fueron creadas originalmente para la detección de este trastorno en población infantil, pero se han adaptado a la población adulta con el tiempo (Richarte et al., 2017). Sin embargo, el número de herramientas que han sido traducidas al español son escasas y las que se encuentran validadas en población española son muy limitadas (Richarte et al., 2017).

Las entrevistas son las herramientas que más información pueden aportar, puesto que permiten explorar todas las áreas necesarias para realizar el diagnóstico, como las patologías durante la infancia, la gravedad de los síntomas, el deterioro provocado por el trastorno y posibles comorbilidades (Barkley, 2014). Además, esta información también se puede completar con los testimonios de familiares o cónyuges, por lo que es recomendable solicitar la presencia de estos durante las entrevistas (Ramos-Quiroga, Chalita et al., 2012).

Una de las entrevistas más utilizadas es la Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID) elaborada por Conners et al. (1999) y está dividida en dos partes independientes. La primera es un cuestionario que recoge información sobre la historia sociodemográfica, el curso de los problemas de atención y la existencia de comorbilidades. La segunda es una entrevista semiestructurada que recopila datos sobre la presencia de los síntomas establecidos en el DSM-IV y el deterioro que este trastorno supone para el paciente (Ramos-Quiroga, Bosch et al., 2012). Esta última parte es la única que se ha validado para la población española y además cuenta con una limitación económica debido a su alto coste (Ramos-Quiroga et al., 2014).

Existe otra entrevista conocida como la Entrevista Diagnóstica del Trastorno por Déficit de Atención/hiperactividad en Adultos (DIVA 2.0), que proporciona la misma información. Sin embargo, en este caso el coste de aplicación no es tan elevado y se divide en tres partes diferenciadas: criterios de déficit de atención, criterios para la hiperactividad e impulsividad, y el inicio y deterioro causado por los síntomas del TDAH (Ramos-Quiroga et al., 2012; Ramos-Quiroga et al., 2014). La versión que se utiliza en España actualmente es la validada por Ramos-Quiroga et al (2019) y se basa en los criterios establecidos en el DSM-IV. No obstante, existe una actualización con los criterios de la última edición del DSM que no ha sido validada ni traducida al español.

Las escalas y cuestionarios son instrumentos muy utilizados en el diagnóstico del TDAH y posteriormente para monitorear la respuesta al tratamiento. A través de estas técnicas se puede obtener información sobre la presencia de síntomas y gravedad de los mismos en un corto periodo de tiempo, y tienen la ventaja de incluir indicaciones que pueden ser de utilidad para los profesionales que no están familiarizados con este trastorno (Buitelaar et al., 2011). Sin embargo, diferentes estudios han demostrado la vulnerabilidad de estos cuestionarios a la simulación y exageración de síntomas (Suhr y Berry, 2017).

Uno de estos cuestionarios es el ADHD Rating Scale (ADHD-RS), creado por DuPaul et al. (1998) para la evaluación del TDAH en población infantil, pero se ha adaptado para pacientes en edad adulta. Se trata de un cuestionario de 18 ítems relacionados con los criterios del DSM-V que se valoran del 0 al 3 según la presencia de estos en los últimos 6 meses. La administración de dicho cuestionario puede realizarla el profesional o el propio paciente, es decir, puede ser autoadministrado (DuPaul et al., 1998; Richarte et al., 2017).

Otra herramienta utilizada es la Adult Self-Report Scale (ASRS v1.1), y es un cuestionario autoinformado de cribado desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y validado al español por Ramos-Quiroga et al. (2009) que cuenta con 6 ítems basados en los síntomas del TDAH descritos en el criterio A del DSM-IV-TR. Esta se compone de cinco opciones de respuesta según la frecuencia con la que el paciente presente tales síntomas (nunca, rara vez, a veces, a menudo y muy a menudo). La versión original de esta escala (ASRS) consiste en 18 ítems que evalúan cada uno de los síntomas establecidos en el manual, pero debido a su larga extensión decidieron crear una más reducida para su empleo como método de cribado. Actualmente, ambas versiones se han actualizado con los criterios del DSM-V, pero ninguna de ellas ha sido adaptada al español (Ramos-Quiroga, Bosch et al., 2012).

Uno de los criterios que se establece en el DSM es la presencia de síntomas durante la infancia y la aparición de estos antes de los 12 años (APA, 2014). La evaluación de este criterio en pacientes adultos es compleja ya que depende, en gran parte, de la capacidad de las

personas para recordar hechos pasados de manera fiable (Buitelaar et al., 2011). Por esta razón los profesionales deben buscar otras fuentes de información que refuten las aportaciones del paciente, como pueden ser expedientes académicos de la etapa escolar o universitaria, o comunicaciones escritas de profesores donde se pueda apreciar la existencia de estos síntomas (Magnin y Mours, 2017). Además, puede resultar de utilidad la información aportada por padres o familiares que convivieran con el paciente durante su infancia (Anbarasan et al., 2020).

El cuestionario validado al español es el Wender Utah Rating Scale (WURS), creado por Ward et al (1993). Esta herramienta es un cuestionario que tiene dos versiones basadas en los criterios del DSM-IV, una para el paciente y otra para familiares o personas cercanas. La finalidad de ambas es conocer la afectación de los síntomas en el ámbito académico, social y familiar durante la infancia, pero difieren en el número de ítems y en la medición de estos. La primera consta de 61 ítems que comienzan por “De pequeño yo era/estaba/tenía...” y se puntúan por una escala Likert de 4 puntos y la segunda contiene 10 ítems que se puntúan de 0 a 3 (Rodríguez-Jiménez et al., 2001; Ward et al., 1993).

Tras realizar un diagnóstico se procede a valorar distintas opciones de tratamiento, y a lo largo de este tratamiento también puede ser útil el uso de las diferentes escalas mencionadas para monitorear la respuesta de los pacientes a las diferentes terapias (Anbarasan et al., 2020).

6. Tratamiento

El objetivo principal del tratamiento del TDAH no es únicamente la reducción de los síntomas centrales, sino que también se pretende aumentar con ello la calidad de vida y reducir las deficiencias funcionales y relacionales (Katzman et al., 2017). Para ello, los autores coinciden en la necesidad de realizar un tratamiento multimodal que incluya farmacoterapia, tratamientos psicológicos y psicoeducación (Kooij et al., 2019).

El tratamiento debe ser elegido en función de la gravedad de los síntomas, la presencia de comorbilidades y las necesidades específicas del paciente (Faraone et al., 2015). Diferentes estudios revelan mejoras en síntomas de otras patologías comórbidas como ansiedad o depresión cuando el TDAH es tratado de manera eficaz, pero no ocurre lo mismo con otros trastornos graves como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, a los que se debe tratar con prioridad (Kooij et al., 2019). Estas evidencias corroboran una vez más la importancia de una detección adecuada de comorbilidades (Katzman et al., 2017).

La psicoeducación es el primer paso que debe darse al iniciar un tratamiento (Kooij et al., 2019) y con él se puede facilitar la aceptación del trastorno, que es un factor importante a tener en cuenta para la obtención de unos mejores resultados (Barkley, 2014). Además, se ha observado un mayor bienestar psicológico y calidad de las relaciones en aquellos que acuden a programas de psicoeducación donde reciben información acerca del trastorno, las repercusiones que este puede tener y las diferentes opciones de tratamiento (Ramos-Quiroga, Chalita et al., 2012).

A pesar de recomendarse el tratamiento multimodal, el tratamiento de primera línea es el farmacológico y como segunda opción se recurre a terapias psicológicas (Cortese et al., 2018).

6.1 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico en pacientes adultos con TDAH demostrado ser eficaz para la reducción de los síntomas centrales del trastorno, al menos a corto plazo (Magnin y Maurs, 2017). Sin embargo, los estudios centrados en los efectos de la farmacoterapia a largo plazo son muy limitados y no se han obtenido resultados concluyentes (Núñez-Jaramillo et al., 2021). Para que esta eficacia sea la mayor posible, es importante que los clínicos realicen un seguimiento de los síntomas y una promoción de la adherencia, que supone una dificultad añadida en personas con TDAH (Faraone et al., 2015).

Para elegir el tratamiento farmacológico más adecuado es necesario atender a varios factores, entre los que se encuentra la efectividad del propio fármaco, los efectos adversos que pueda causar, la duración de la acción, el potencial de abuso, el tiempo que tarda en hacer efecto y las preferencias del propio paciente (Caye et al., 2019).

Los medicamentos más utilizados para estos pacientes son dos psicoestimulantes, el metilfenidato y las anfetaminas. Sin embargo, también existen otros fármacos no estimulantes como la atomoxetina, guanfacina y clonidina que suelen ser recetados cuando los primeros no son efectivos, generan intolerancia o existen contraindicaciones para su consumo (Caye et al., 2019; Zalsman y Shilton, 2016).

Los fármacos psicoestimulantes han sido los más estudiados y han mostrado una gran eficacia para la reducción de los síntomas centrales (Kooij et al., 2019). Estos actúan como inhibidores de la recaptación de dopamina y norepinefrina, lo cual produce un aumento de la neurotransmisión en el cuerpo estriado y la corteza prefrontal (Caye et al., 2019). Cuentan con la ventaja de ser agudos y tardan aproximadamente una hora en producir efecto en el organismo y este se mantiene hasta que se metaboliza (Faraone et al., 2015). Además, existe una variedad de mecanismos de administración disponibles como la liberación inmediata (2-4

horas), liberación intermedia (6-8 horas) o liberación prolongada (10-12 horas), que permite adaptar las dosis y la duración del efecto según las necesidades del paciente (Zalsman y Shilton, 2016). Debido a las dificultades de los pacientes con TDAH para cumplir con las tomas de medicación, los fármacos de liberación prolongada, que requieren de una única dosis al día, es una opción recomendada (Kooij et al., 2019).

Una reciente revisión sistemática que compara el efecto y la tolerancia de los diferentes psicoestimulantes concluye que las anfetaminas son más beneficiosas en adultos, debido a que presentan una mayor tolerancia, efectividad y aceptación que el metilfenidato y el placebo (Cortese et al., 2018).

La introducción de los fármacos no estimulantes como parte del tratamiento del TDAH ha sido reciente y los estudios se han centrado principalmente en uno de ellos, la atomoxetina (Ramos-Quiroga et al., 2019). Este fármaco es un inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina, lo cual produce un aumento de la disponibilidad de estas catecolaminas en el espacio sináptico (Zalsman y Shilton, 2016). Una de las principales diferencias de estos fármacos con los mencionados anteriormente es el inicio de la acción, pues en el caso de la atomoxetina comienza entre la primera y segunda semana tras la primera administración y se estima que los efectos completos no ocurren hasta los seis meses (Kooij et al., 2019). Esto puede suponer una desventaja ya que en muchos casos es necesaria la inmediatez de la acción. Además, la eficacia que han mostrado tener estos medicamentos es menor que los estimulantes (De Crescenzo et al., 2017). Sin embargo, la atomoxetina ha resultado ser eficaz cuando el TDAH concurre con otras patologías como la ansiedad, ansiedad social o desregulación emocional (Katzman et al., 2017).

Tanto los fármacos estimulantes como los no estimulantes tienen efectos secundarios que deben ser considerados a la hora de establecer el tratamiento. Ambos incluyen pérdida de apetito, náuseas y vómitos, sequedad de boca, insomnio y cambios de humor, y en el caso de los estimulantes se añade también un aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial (Faraone et al., 2015; Katzman et al., 2017). A estos últimos se debe prestar especial atención ya que el riesgo de padecer problemas cardiovasculares aumenta con la edad y por tanto se hace necesaria una valoración cuidadosa del tratamiento que se debe administrar (Zalsman y Shilton, 2016).

Tal y como se ha explicado previamente, la existencia de comorbilidades es muy frecuente en pacientes con TDAH. En estos casos es posible que requieran un tratamiento de psicofármacos combinados, lo cual hace preciso conocer las posibles interacciones derivadas de la combinación que supongan un riesgo y tener en cuenta un ajuste de medicaciones (Kooij et al., 2019).

A pesar de los beneficios del tratamiento farmacológico, existe una serie de inconvenientes que han contribuido a la búsqueda de nuevos enfoques terapéuticos. Entre estos inconvenientes se encuentra el tiempo necesario para adecuar la dosis eficaz para el paciente, la ausencia de respuesta a los fármacos en determinadas personas, el desconocimiento sobre la eficacia a largo plazo, la presencia de efectos secundarios y los riesgos de la combinación de fármacos (Núñez-Jaramillo et al., 2021).

6.2 Intervenciones psicológicas

El tratamiento psicológico se suele aplicar cuando los pacientes se resisten a tomar medicación, cuando existen dificultades de adherencia a los medicamentos o cuando no hay una respuesta eficaz a dichos tratamientos (De Crescenzo et al., 2017; Fullen et al., 2020). Los estudios sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas como tratamiento del trastorno son limitados y no concluyentes, pero estos siguen siendo recomendados por las guías de práctica clínica (Fullen et al., 2020). Además, no hay un acuerdo sobre el foco de mejora ya que unos aseguran la eficacia de estos para reducir los síntomas centrales del TDAH y otros no tienen claro que esos sean los beneficios de estas terapias y defienden su efectividad en los síntomas secundarios como las deficiencias psicosociales y funcionales (Asherson et al., 2016).

Las terapias que en la actualidad se han establecido como potencialmente eficaces para la reducción de síntomas del TDAH son la terapia cognitivo-conductual, la terapia dialéctica conductual y el mindfulness (De Crescenzo et al., 2017). Sin embargo, estas necesitan una mayor investigación para integrarlas en la práctica (Cortese et al., 2018; De Crescenzo et al., 2017)

Una reciente revisión sistemática sobre la eficacia de estas intervenciones concluye que la terapia cognitivo-conductual es efectiva para los síntomas primarios y secundarios del TDAH (Fullen et al., 2020). Esta terapia incluye una gran variedad de técnicas con finalidades distintas, ya sea la mejora de ciertas funciones ejecutivas como la organización y planificación, el desarrollo de las habilidades sociales y técnicas de resolución de problemas, o la reestructuración cognitiva (Barkley, 2014; Faraone et al., 2015). A pesar de ello, no se ha establecido uno enfoque unificado para su administración (Fullen et al., 2020).

La terapia dialéctica conductual se creó para tratar a personas con ideación suicida, desregulación emocional y problemas en las relaciones y ha resultado ser muy eficaz como tratamiento del trastorno límite de la personalidad (Fleming et al., 2015). El TDAH comparte algunas manifestaciones con estos trastornos y se ha llevado a cabo estudios para conocer la eficacia en estos pacientes. Se trata de una terapia que integra parte de la terapia cognitivo-conductual al fomentar el cambio de pensamiento y comportamientos desadaptativos, pero se

basa en los principios de atención y aceptación para llevar a cabo tales cambios (Fullen et al., 2020). Estas intervenciones suelen ser grupales y los estudios se han realizado en este formato, con unos resultados positivos al observar mejoras en la calidad de vida de los pacientes con TDAH, así como una reducción de los síntomas nucleares del trastorno (Fleming et al., 2015).

Por último, el mindfulness también ha sido objeto de investigación tras haberse demostrado su eficacia para tratar otros trastornos como la depresión, la ansiedad o el síndrome de adaptación generalizado (Serra-Pla et al., 2017). Esta técnica implica redirigir la atención al momento presente para así alcanzar la atención plena, y se ha asociado con una reducción de los síntomas nucleares para el TDAH (Nimmo-Smith et al., 2020). Las investigaciones revelan que con estas terapias la inatención se ve reducida en mayor medida que la impulsividad e hiperactividad (Xue et al., 2019).

7. Discusión

Uno de los aspectos fundamentales que se debe conocer durante la investigación de cualquier patología es la prevalencia de esta. Con la presente revisión se ha observado que los estudios epidemiológicos más relevantes que cuentan con estas tasas en adultos con TDAH tienen al menos una década de antigüedad y los resultados son contradictorios. Entre las razones de esta disparidad se encuentra los criterios diagnósticos que se han tenido en cuenta para la detección y, específicamente, los síntomas a los que se ha atendido.

Tal y como se ha mencionado en este estudio, no existe un acuerdo acerca de los síntomas centrales del TDAH. Hay autores que consideran la desregulación emocional y la alteración de las funciones ejecutivas como propias del trastorno y otros como Kessler et al. (2006) sugieren que tales características son producto de la presencia de comorbilidades.

De forma similar ocurre con las herramientas de evaluación que han sido elaboradas hasta el momento, ya que la mayoría de estas han sido adaptaciones de las que fueron creadas para la población infantil y muchas de ellas no se han actualizado con los criterios de la actual edición del DSM. Este es uno de los motivos por los que el TDAH es poco diagnosticado en adultos, pero autores como Magnin y Maurs (2017) asocian también este hecho a la escasa formación de los profesionales sobre la utilización y existencia de tales herramientas y el desconocimiento de las principales características y manifestaciones del trastorno en adultos.

Estos autores también sostienen que el porcentaje reducido de personas que se encuentran en tratamiento se debe a la interrupción del seguimiento de los pacientes durante la transición de los recursos médicos infantiles a los recursos de adultos, puesto que en ese

momento se pierde la comunicación con los profesionales y no es posible supervisar dicho tratamiento.

A pesar de la falta de información de ciertos aspectos importantes y el escaso acuerdo en determinada materia, autores referentes como Barkley (2014) o Faraone (2015), coinciden en una creciente investigación y reconocimiento del TDAH en adultos, que se ha expandido enormemente en las últimas décadas.

8. Conclusiones

Retomando los objetivos propuestos se concluye que:

- Los primeros autores que hablaron del TDAH no descartaban la posibilidad de que este se mantuviera durante la edad adulta. Sin embargo, la investigación siempre se ha centrado en la población infantil y ha sido en las últimas dos décadas cuando se ha reconocido el trastorno en la edad adulta. El creciente interés del TDAH en esta etapa por parte de la comunidad científica se ha visto reflejada en las clasificaciones diagnósticas que, con cada nueva edición han ido incluyendo y adaptando la información a ambas etapas vitales.
- Los síntomas principales del TDAH son la inatención, hiperactividad e impulsividad. No obstante, las investigaciones se han centrado en otros síntomas que en la comunidad científica se consideran centrales como la desregulación emocional y el deterioro de ciertas funciones ejecutivas. La combinación de este conjunto de síntomas con sus respectivas manifestaciones produce un gran impacto en los pacientes, afectando a diferentes esferas vitales. Como resultado, se ha observado una menor calidad de vida y autoestima en ellos.
- La presencia de comorbilidades en pacientes con TDAH es muy frecuente y su detección supone un reto para los clínicos ya que los síntomas del TDAH como la inatención e hiperactividad son comunes en otros trastornos. Las patologías psiquiátricas que más se repiten en estos pacientes son los trastornos por abuso de sustancias, el trastorno bipolar y depresión mayor, trastornos de ansiedad y trastorno límite de la personalidad.
- No existen pruebas específicas que permitan detectar la presencia del trastorno. El diagnóstico se realiza como resultado de la combinación de ciertas herramientas como entrevistas semiestructuradas y cuestionarios, y la obtención de información colateral como pueden ser expedientes académicos de la etapa escolar o informes médicos de patologías psiquiátricas anteriores. Tanto las entrevistas como los cuestionarios han

sido elaborados en base a los criterios de ediciones anteriores al DSM-V y pocas han sido actualizadas. Los estudios que han validado estas herramientas al español son muy limitados y en su mayoría no han sido actualizadas para esta versión del DSM, por lo que actualmente solo se cuenta con una escala basada en los criterios del DSM-V y validada a la población española.

- Para dar con el tratamiento más adecuado es necesario tener en cuenta la gravedad de los síntomas, la presencia de comorbilidades y los efectos adversos de los fármacos. Tanto el tratamiento farmacológico como las intervenciones psicológicas han demostrado ser eficaces para reducir el impacto de los síntomas del TDAH y las investigaciones han evidenciado que los resultados son mejores cuando ambas modalidades se combinan. Sin embargo, se cuenta con poca evidencia sobre la eficacia de la medicación a largo plazo y de cada una de las terapias psicológicas cuando se aplican de forma independiente.

9. Limitaciones y prospectiva

La realización de este trabajo ha estado sujeta a limitaciones principalmente metodológicas, ya que son pocos los estudios que cuentan con datos recientes sobre la prevalencia del TDAH y la presencia de comorbilidades. Teniendo en cuenta los cambios producidos en la última edición del DSM, es probable que algunos datos expuestos no reflejen la realidad actual. Así mismo, la muestra de gran parte de estos estudios no era española y, por tanto, se debe tener en cuenta que puede haber variaciones en este aspecto.

Parece pertinente señalar que, por limitación de espacio se ha descartado llevar a cabo un análisis profundo de la actual controversia con respecto a la existencia del trastorno en adultos y, más específicamente, del debate sobre el uso de fármacos para reducir el impacto de los síntomas. En este sentido, sería interesante realizar una investigación complementaria que abordara tal campo.

El TDAH es un trastorno con el que deben lidiar los profesionales del ámbito de la psicología y medicina en el ejercicio de sus funciones. De esta manera, es importante que se trate desde un enfoque multidisciplinario y, en la medida de lo posible, interdisciplinario. Es por esto que se resalta la necesidad de que los profesionales posean información actualizada y conozcan las herramientas necesarias para detectar tales síntomas.

La presente revisión bibliográfica proporciona una mejor comprensión del estado actual del TDAH en la edad adulta atendiendo principalmente a la sintomatología, comorbilidades, evaluación y tratamiento.

10. Referencias bibliográficas

- Abecassis, M., Isquith, P. K. y Roth, R. M. (2017). Characteristics of ADHD in the Emerging Adult: an Overview. *Psychological Injury and Law*, 10(3), 197-208.
<https://doi.org/10.1007/s12207-017-9293-7>
- Adamou, M. y Jones, S. L. (2020). Quality of Life in Adult ADHD: A Grounded Theory Approach. *Psychology*, 11, 1794-1812. <https://doi.org/10.4236/psych.2020.1111113>
- Adamou, M., Arif, M., Asherson, P., Aw, T. C., Bolea, B., Coghill, D., Guðjónsson, G., Halmøy, A., Hodgkins, P., Müller, U., Pitts, M., Trakoli, A., Williams, N. y Young, S. (2013). Occupational issues of adults with ADHD. *BMC psychiatry*, 13(59), 1-7.
- American Psychiatric Association. (1968). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-II* (2ª ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III* (3ª ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. DSM-III-R* (3ª Rev ed.). Masson.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. DSM-IV* (4ª ed.). Masson.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. DSM-IV-TR* (4ª Rev ed.). Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-V* (5ª ed.) Editorial Médica Panamericana.
- Anbarasan, D., Kitchin, M., y Adler, L. A. (2020). Screening for Adult ADHD. *Current psychiatry reports*, 22(12), 72. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01194-9>
- Asherson, P., Buitelaar, J., Faraone, S. V., y Rohde, L. A. (2016). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. *The lancet. Psychiatry*, 3(6), 568–578.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30032-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30032-3)
- Asherson, P., Young, A. H., Eich-Höchli, D., Moran, P., Porsdal, V. y Deberdt, W. (2014). Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of ADHD in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. *Current medical research and opinion*, 30(8), 1657-1672.
- Barkley, R. A. (2012). *Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved*. The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2013). *Tomar el control del TDAH en la edad adulta*. Octaedro.

- Barkley, R. A. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4ª ed.). Guilford Publications.
- Barkley, R. A., Murphy, K. y Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: what the science says*. Guilford Press.
- Barkley, R. A. y Peters, H. (2012). The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard's Description in 1775 of "Attention Deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, *Attentio Volubilis*). *Journal of Attention Disorders*, 16(8), 623-630. <https://doi.org/10.1177/1087054711432309>
- Benito, R. (2008). *Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Draft Editores, S.L. <https://doi.org/10.3252/TDAH.es.2008.11.5>
- Bond, D. J., Hadjipavlou, G., Lam, R. W., McIntyre, R. S., Beaulieu, S., Schaffer, A., Weiss, M., y Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force (2012). The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid ADHD. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 24(1), 23–37.
- Brod, M., Pohlman, B., Lasser, R. y Hodgkins, P. (2012). Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health and quality of life outcomes*, 10(47), 1-17.
- Brus, M. J., Solanto, M. V. y Goldberg, J. F. (2014). Adult ADHD vs. bipolar disorder in the DSM-5 era: a challenging differentiation for clinicians. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(6), 428-437.
- Buitelaar, J., Kan, C. y Asherson, P. (2011). *ADHD in Adults: Characterization, Diagnosis, and Treatment*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511780752>
- Cantwell, D. P. (1975). Genetics of Hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16, 261-264.
- Capusan, A. J., Bendtsen, P., Marteinsdottir, I. y Larsson, H. (2019). Comorbidity of Adult ADHD and Its Subtypes With Substance Use Disorder in a Large Population-Based Epidemiological Study. *Journal of attention disorders*, 23(12), 1416–1426. <https://doi.org/10.1177/1087054715626511>
- Caye, A., Swanson, J.M., Coghill, D., y Rohde, L.A. (2019). Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. *Molecular psychiatry*, 24(3), 390-408. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0116-3>

- Chang, Z., Lichtenstein, P., Halldner, L., D'Onofrio, B., Serlachius, E., Fazel, S., Långström, N. y Larsson, H. (2014). Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(8), 878-885.
- Conners, C. K., Erhardt, D., y Sparrow, E. P. (1999). *Conners' adult ADHD rating scales (CAARS): Technical manual*. Multi-Health Systems Inc.
- Corbisiero, S., Mörstedt, B., Bitto, H. y Stieglitz, R. D. (2016). Emotional Dysregulation in Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder—Validity, Predictability, Severity, and Comorbidity. *Journal of Clinical Psychology*, 73(1), 99-112.
- Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A. J., Carucci, S., Atkinson, L. Z., Tessari, L., Banaschewski, T., Coghill, D., Hollis, C., Simonoff, E., Zuddas, A., Barbui, C., Purgato, M., Steinhausen, H. C., Shokraneh, F., Xia, J., y Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 5(9), 727–738. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30269-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30269-4)
- Cortese, S., Moreira-Maia, C. R., St. Fleur, D., Morcillo-Peñalver, C., Rohde, L. A. y Faraone, S. V. (2016). Association between ADHD and obesity: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 173(1), 34-43.
- De Crescenzo, F., Cortese, S., Adamo, N., y Janiri, L. (2017). Pharmacological and non-pharmacological treatment of adults with ADHD: a meta-review. *Evidence-based mental health*, 20(1), 4–11. <https://doi.org/10.1136/eb-2016-102415>
- Díaz-Román, A., Mitchell, R., y Cortese, S. (2018). Sleep in adults with ADHD: Systematic review and meta-analysis of subjective and objective studies. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 89, 61–71. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.02.014>
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., y Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms, and Clinical interpretation*. Guilford.
- Dvorsky, M. R. y Langberg, J. M. (2019). Predicting impairment in college students with ADHD: The role of executive functions. *Journal of Attention Disorders*, 23(13), 1624-1636. <https://doi.org/10.1177/1087054714548037>
- Faraone, S.V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J.K., Ramos-Quiroga, J.A., Rohde, L.A., Sonuga-Barke, E.J.S., Tannock, R. y Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(15020). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J. M., Karam, E., Lara, C., Lépine, J., Ormel, J., Posada-Villa, J.,

- Zaslavsky, A. y Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190(5), 402-409. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.034389>
- Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Borges, G., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E. G., Lee, S., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Pennell, B. E., Piazza, M., Posada-Villa, J., ... WHO World Mental Health Survey Collaborators (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 9(1), 47-65. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0208-3>
- Feldman, E. (1 de octubre de 2020). Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Relias media*. <https://www.reliasmedia.com/articles/146917-diagnosis-and-treatment-of-attention-deficit-hyperactivity-disorder>.
- Fleming, A. P., McMahon, R. J., Moran, L. R., Peterson, A. P., y Dreessen, A. (2015). Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. *Journal of attention disorders*, 19(3), 260–271. <https://doi.org/10.1177/1087054714535951>
- Franke, B., Michelini, G., Asherson, P., Banaschewski, T., Bilbow, A., Buitelaar, J. K., Cormand, B., Faraone, S. V., Ginsberg, Y., Haavik, J., Kuntsi, J., Larsson, H., Lesch, K., Ramos-Quiroga, J. A., Réthelyi, J., Ribases, M. y Reif, A. (2018). Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European Neuropsychopharmacology*, 28(10), 1059-1088.
- Fredriksen, M., Dahl, A. A., Martinsen, E. W., Klungsoyr, O., Faraone, S. V. y Peleikis, D. E. (2014). Childhood and persistent ADHD symptoms associated with educational failure and long-term occupational disability in adult ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 6(2), 87-99. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0126-1>
- Fullen, T., Jones, S. L., Emerson, L. M., y Adamou, M. (2020). Psychological Treatments in Adult ADHD: A Systematic Review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 1-19.
- García de Vinuesa, F. (2017). Prehistoria del TDAH: aditivos para un diagnóstico insostenible. *Papeles Del Psicólogo*, 38(2), 107-115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2829>
- Hidalgo, M. I., y Sánchez, L. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica. *Pediatría Integral*, 18(9), 609-623.

- Karahmet, E., Konuk, N., Dalkilic, A., Saracli, O., Atasoy, N., Kurçer, M. A. y Atik, L. (2013). The comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder in bipolar disorder patients. *Comprehensive psychiatry*, 54(5), 549–555.
- Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A. y Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: Clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, 17(302). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L., Howes, M., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, B., Walters, E. y Zaslavsky, A. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723.
- Klassen, L. J., Katzman, M. A. y Chokka, P. (2010). Adult ADHD and its comorbidities, with a focus on bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 124(1-2), 1-8.
- Knies, K., Bodalski, E. A. y Flory, K. (2021). Romantic relationships in adults with ADHD: The effect of partner attachment style on relationship quality. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(1), 42-64. <https://doi.org/10.1177/0265407520953898>
- Kooij, J. J. S. (2013). *Adult ADHD: Diagnostic assessment and treatment* (3rd ed.). Springer-Verlag Publishing.
- Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas, M., Bobes, J., Mccarthy, J. M., Richarte, V., Kjems, A., Pehlivanidis, A., . . . Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*, 56, 14-34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
- Kooij, J. J.S., Huss, M., Asherson, P., Akehurst, R., Beusterien, K., French, A., Sasané, R. y Hodgkins, P. (2012). Distinguishing comorbidity and successful management of adult ADHD. *Journal of attention disorders*, 16(5), 3-19.
- Krause-Utz, A., Sobanski, E., Alm, B., Valerius, G., Kleindienst, N., Bohus, M., y Schmahl, C. (2013). Impulsivity in relation to stress in patients with borderline personality disorder with and without co-occurring attention-deficit/hyperactivity disorder: an exploratory study. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(2), 116–123. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827f6462>
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L. y Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2, 241-255. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0045-8>

- Magnin, E., y Maurs, C. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder during adulthood. *Revue neurologique*, 173(7-8), 506–515.
<https://doi.org/10.1016/j.neurol.2017.07.008>
- Mao, A. R. y Findling, R. L. (2014). Comorbidities in adult ADHD: a practical guide to diagnosis in primary care. *Postgraduate medicine*, 126(5), 42-51.
- Marina, P.A. (2019). TDAH: Más sensatez y menos fármacos. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 39(135), 271-274.
- McIntyre, R. S., Kennedy, S. H., Soczynska, J. K., Nguyen, H. T., Bilkey, T. S., Woldeyohannes, H. O., Nathanson, J. A., Joshi, S., Cheng, J. S., Benson, K. M., y Muzina, D. J. (2010). ADHD disorder in adults with bipolar disorder or major depressive disorder: results from the international mood disorders collaborative project. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 12(3). <https://doi.org/10.4088/PCC.09m00861gry>
- Mendelson, W., Johnson, N. y Stewart, M. (1971). Hyperactive children as teenagers: a follow-up study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 153(4), 273-279.
- Moffitt, T.E., Houts, R., Asherson, P., Belsky, D. W., Corcoran, D.L., Hammerle, M., Harrington, H., Hogan, S., Meier, M.H., Polanczyk, G.V., Poulton, R., Ramrakha, S., Sugden, K., Williams, B., Rohde, L.A., y Caspi, A. (2015). Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study. *The American journal of psychiatry*, 172(10), 967–977.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14101266>
- Moncrieff, J., y Timimi, S. (2011). Critical analysis of the concept of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The Psychiatrist*, 35(9), 334-338.
<https://doi.org/10.1192/pb.bp.110.033423>
- Nimmo-Smith, V., Merwood, A., Hank, D., Brandling, J., Greenwood, R., Skinner, L., Law, S., Patel, V., y Rai, D. (2020). Non-pharmacological interventions for adult ADHD: a systematic review. *Psychological medicine*, 50(4), 529–541.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720000069>
- Núñez-Jaramillo, L., Herrera-Solís, A., y Herrera-Morales, W. V. (2021). ADHD: Reviewing the Causes and Evaluating Solutions. *Journal of personalized medicine*, 11(3), 166.
<https://doi.org/10.3390/jpm11030166>
- Organización Mundial de la Salud. (1975). *Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-9* (9ª ed.). Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10* (10ª ed.). Organización Mundial de la Salud.

- Pawaskar, M., Fridman, M., Grebla, R., y Madhoo, M. (2020). Comparison of Quality of Life, Productivity, Functioning and Self-Esteem in Adults Diagnosed With ADHD and With Symptomatic ADHD. *Journal of attention disorders*, 24(1), 136–144.
<https://doi.org/10.1177/1087054719841129>
- Piñeiro-Diequez, B., Balanzá-Martínez, V., García-García, P. y Soler-López, B. (2016). Psychiatric Comorbidity at the Time of Diagnosis in Adults With ADHD: The CAT Study. *Journal of Attention Disorders*, 20(12), 1066-1075. <https://doi.org/10.1177/1087054713518240>
- Pollak, Y., Dekkers, T.J., Shoham, R. y Huizenga, H.M. (2019). Risk-Taking Behavior in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a Review of Potential Underlying Mechanisms and of Interventions. *Current Psychiatry Reports* 21(33), 1-11.
<https://doi.org/10.1007/s11920-019-1019-y>
- Prada, P., Hasler, R., Baud, P., Bednarz, G., Ardu, S., Krejci, I., Nicastro, R., Aubry, J. M., y Perroud, N. (2014). Distinguishing borderline personality disorder from adult attention deficit/hyperactivity disorder: a clinical and dimensional perspective. *Psychiatry research*, 217(1-2), 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.03.006>
- Ramos-Quiroga, J.A., Bosch, R., Castells, X., Valero, S., Nogueira, M., Gómez, N., Yelmo, S., Ferrer, M., Martínez, Y., y Casas, M. (2008). Effect of switching drug formulations from immediate-release to extended-release OROS methylphenidate: a chart review of Spanish adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *CNS drugs*, 22(7), 603–611.
<https://doi.org/10.2165/00023210-200822070-00005>
- Ramos-Quiroga, J. A., Bosch, R., Richarte, V., Valero, S., Gómez-Barros, N., Nogueira, M., Palomar, G., Corrales, M., Sáez-Francàs, N., Corominas, M., Real, A., Vidal, R., Chalita, P.J., y Casas, M. (2012). Validez de criterio y concurrente de la versión española de la Connors Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(4), 229-235.
- Ramos-Quiroga, J. A., Chalita, P. J., Vidal, R., Bosch, R., Palomar, G., Prats, L., y Casas, M. (2012). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Revista de neurología*, 54 Suppl 1, S105–S115.
- Ramos-Quiroga, J.A., Daigre, C., Valero, S., Bosch, R., Gómez-Barros, N., Nogueira, M., Palomar, G., Roncero, C. y Casas, M. (2009). Validación al español de la escala de cribado del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos (ASRS v. 1.1): una nueva estrategia de puntuación. *Revista de Neurología*, 48(9), 448-452.
- Ramos-Quiroga, J. A., Nasillo, V., Fernández-Aranda, F. y Casas, M. (2014). Addressing the lack of studies in attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 14(5), 553-567.

- Ramos-Quiroga, J. A., Nasillo, V., Richarte, V., Corrales, M., Palma, F., Ibáñez, P., Michelsen, M., Van de Glind, G., Casas, M., y Kooij, J. (2019). Criteria and Concurrent Validity of DIVA 2.0: A Semi-Structured Diagnostic Interview for Adult ADHD. *Journal of attention disorders, 23*(10), 1126–1135. <https://doi.org/10.1177/1087054716646451>
- Retz, W., Stieglitz, R-D., Corbisiero, S., Retz-Junginger, P. y Rösler, M. (2012). Emotional dysregulation in adult ADHD: what is the empirical evidence?. *Expert review of neurotherapeutics, 12*(10), 1241-1251. <https://doi.org/10.1586/ern.12.109>
- Richarte, V., Corrales, M., Pozuelo, M., Serra-Pla, J., Ibáñez, P., Calvo, E., Corominas, M., Bosch, R., Casas, M. y Ramos-Quiroga, J.M. (2017). Validación al español de la ADHD rating scale (ADHD-RS) en adultos: relevancia de los subtipos clínicos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.
- Riglin, L., Leppert, B., Dardani, C., Thapar, A. K., Rice, F., O'Donovan, M. C., Davey Smith, G., Stergiakouli, E., Tilling, K. y Thapar, A. (2020). ADHD and depression: investigating a causal explanation. *Psychological medicine, 1*–8. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000665>
- Rodríguez-Jiménez, R., Ponce, G., Monasor, R., Jiménez-Giménez, M., Pérez-Rojo., J.A., Rubio, G., Jiménez-Arriero, J. y Palomo, T. (2001). Validación en población española adulta de la Wender-Utah rating scale para la evaluación retrospectiva del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. *Revista de Neurología, 33*(2), 138-144.
- Roselló, B., Berenguer, C. y Baixauli, I. (2019). La inhibición, el autocontrol emocional, la memoria de trabajo y la supervisión ¿predicen las manifestaciones típicas de adultos con TDAH?. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2*(1), 181-192.
- Rösler, M., Retz, W., Fischer, R., Ose, C., Alm, B., Deckert, J., Philipsen, A., Herpertz, S., y Ammer, R. (2010). Twenty-four-week treatment with extended release methylphenidate improves emotional symptoms in adult ADHD. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry, 11*(5), 709–718. <https://doi.org/10.3109/15622971003624197>
- Schatz, D. B., y Rostain, A. L. (2006). ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *Journal of attention disorders, 10*(2), 141–149. <https://doi.org/10.1177/1087054706286698>
- Serra-Pla, J., Pozuelo, M., Richarte, V., Corrales, M., Ibáñez, P., Bellina, M., Vidal, R., Calvo, E., Brugué, M. y Ramos-Quiroga, J. A. (2017). Tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en la edad adulta a través de la realidad virtual mediante un

- programa de mindfulness. *Revista De Neurología*, 64(Supl1), 117-122.
<https://doi.org/10.33588/rn.64S01.2017022>
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J. y Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276-293.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A. y Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204-211.
- Suhr, J. A., y Berry, D. (2017). The importance of assessing for validity of symptom report and performance in ADHD: Introduction to the special section on noncredible presentation in ADHD. *Psychological assessment*, 29(12), 1427–1428.
<https://doi.org/10.1037/pas0000535>
- Timimi, S., Moncrieff, J., Jureidini, J., Leo, J., Cohen, D., Whitfield, C., Double, D. y Bindman, J. (2004). A critique of the international consensus statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), 59-63.
- Trujillo-Orrego, N., Pineda, D. y Uribe, L. (2012). Validez del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad: de lo fenomenológico a lo neurobiológico (I). *Revista de Neurología*, 54(5), 289-302.
- van Amsterdam, J., van der Velde, B., Schulte, M. y van den Brink, W. (2018). Causal factors of increased smoking in ADHD: A systematic review. *Substance Use & Misuse*, 53(3), 432-445. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1334066>
- Vargas, A. y Parales, C. (2017). La Construcción Social de la Hiperactividad. *Revista Colombiana De Psicología*, 26(2), 245-262. <https://doi.org/10.15446/rcp.v26n2.59891>
- Vélez-van-Meerbeke, A., Talero-Gutiérrez, C., Zamora-Miramón, I., y Guzmán-Ramírez, G. M. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: de padres a hijos. *Neurología*, 32(3), 158-165.
- Ward, M. F., Wender, P. H., y Reimherr, F. W. (1993). The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, 150(6), 885–890.
- White, D.J., Ovsiew, G.P., Rhoads, T., Resch, Z.J., Lee, M., Oh, A.J., y Soble, J.R. (2020). The Divergent Roles of Symptom and Performance Validity in the Assessment of ADHD. *Journal of attention disorders*, 1-8. <https://doi.org/10.1177/1087054720964575>
- Wilens, T. E., Martelon, M., Joshi, G., Bateman, C., Fried, R., Petty, C. y Biederman, J. (2011). Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults

with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(6), 543-553.

Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499.

<https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>

Xue, J., Zhang, Y., y Huang, Y. (2019). A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on ADHD symptoms. *Medicine*, 98(23), 1-10.

Young, J. T., Carruthers, S., Kaye, S., Allsop, S., Gilseman, J., Degenhardt, L., van de Glind, G., van den Brink, W. y Preen, D. (2015). Comorbid attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorder complexity and chronicity in treatment-seeking adults. *Drug and alcohol review*, 34(6), 683–693. <https://doi.org/10.1111/dar.12249>

Zalsman, G. y Shilton, T. (2016). Adult ADHD: A new disease? *International journal of psychiatry in clinical practice*, 20(2), 70-76. <https://doi.org/10.3109/13651501.2016.1149197>

Zetterqvist, J., Asherson, P., Halldner, L., Långström, N., y Larsson, H. (2013). Stimulant and non-stimulant attention deficit/hyperactivity disorder drug use: total population study of trends and discontinuation patterns 2006-2009. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 128(1), 70–77. <https://doi.org/10.1111/acps.12004>

ANEXO 1. Criterios diagnósticos del TDAH en el DSM-V (APA, 2014)

- 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).
- B.** Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C.** Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades).

- D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
- E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre "leve" y "grave".

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

ANEXO 2. Criterios del trastorno hiperactivo de la CIE-10 (OMS, 1992)

El diagnóstico para investigación del trastorno hiperactivo requiere la presencia clara de déficit de atención, hiperactividad o impulsividad, que deben ser generalizados a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, y no deben ser causados por otros trastornos como el autismo o los trastornos afectivos.

G 1. Déficit de atención. Por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten al menos seis meses, en un grado que es maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Frecuente incapacidad para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
5. Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como las domésticas, que requieran un esfuerzo mental sostenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
8. Fácilmente distraíble por estímulos externos.
9. Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

G 2. Hiperactividad. Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante, al menos, seis meses, en un grado maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en el asiento.
2. Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos puede manifestarse sólo por sentimientos de inquietud).
4. Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.

5. Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva, que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.
- G 3.** *Impulsividad.* Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persiste durante, al menos, seis meses, en un grado maladaptativo e inconsistente con el nivel del desarrollo del niño:
1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
 2. A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.
 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás (p. ej., irrumpe en las conversaciones o juegos de los otros).
 4. Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las limitaciones sociales.
- G 4.** El inicio del trastorno no se produce después de los siete años.
- G 5.** *Carácter generalizado.* Los criterios deben cumplirse para más de una situación, es decir, la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio, o en el colegio y otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica (la evidencia de esta generalización requiere, por lo general, información suministrada por varias fuentes. La información de los padres acerca de la conducta en el colegio del niño no es normalmente suficiente).
- G 6.** Los síntomas de G1 a G3 ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.
- G 7.** El trastorno no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo (F84.-), episodio maníaco (F30.-), depresivo (F32.-) o trastornos de ansiedad (F41.-).