

EL TDAH del Adulto: de los Mitos a la Realidad

Facund Fora

Resumen—El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se ha visto, desde hace años, rodeado por la polémica: desde que es una dolencia inventada por los laboratorios farmacéuticos a que es un problema de los padres, que no saben educar a los hijos. De estos hijos con TDAH, un 50% mantendrá la sintomatología cuando sea adulto. Aproximadamente el 30% de los adultos con TDAH conseguirá adaptarse y, incluso, triunfar en la vida, pero el resto sufrirá una interferencia importante en alguna área vital, que le dificultará la adaptación social, laboral o familiar o le comportará sufrimiento personal.

En este artículo revisaremos los mitos que afectan al TDAH y el estado actual de la cuestión en cuanto al diagnóstico y el tratamiento.

Palabras clave: Déficit de atención, hiperactividad, variable dimensional, disfunción social

I. INTRODUCCIÓN: CONTEXTO SOCIAL Y ACTITUDES HACIA LA PSIQUIATRÍA

SON frecuentes las controversias relacionadas con el campo de la salud, donde a veces es difícil establecer los límites entre la normalidad y la patología y demasiado a menudo las modas y el contexto social están detrás de la supuesta objetividad de las pruebas empíricas. La enorme complejidad del cerebro humano y la interacción con problemas personales y sociales hace que, en el terreno psiquiátrico, esta controversia se vea agudizada y que los interrogantes clínicos, éticos y sociales se multipliquen. Más aún cuando toda la psiquiatría en general se ve frecuentemente cuestionada por determinados grupos de presión y por un sentir social más adverso del que encuentran otras especialidades médicas.

Tenemos que reconocer que una parte de responsabilidad la tiene la propia psiquiatría, con unos cuantos elementos negativos en su haber, pero también los medios de comunicación y el cine que, dando una imagen negativa de los enfermos mentales, de los tratamientos psiquiátricos y de los propios psiquiatras, contribuyen a estigmatizar a los pacientes y a la salud mental en general.

Esto ha comportado un cierto rechazo social hacia la psiquiatría, visible en los comentarios de la gente de la calle, que se encuentra capitaneado actualmente por algunos movimientos anti psiquiátricos y por sectas como la de la cienciaología.

II. MITOS SOBRE EL TDAH

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un ejemplo paradigmático de esta controversia, donde el debate continúa más abierto y vivo que nunca, tanto en la comunidad científica como también en la educativa y entre la ciudadanía en general. Una buena parte de los profesionales de la salud todavía se cuestiona, actualmente, si verdaderamente el TDAH merece ser una categoría diagnóstica independiente o si sus síntomas podemos encontrarlos entre los criterios diagnósticos de otras patologías ya establecidas.

A nivel popular, los principales argumentos esgrimidos por los detractores del TDAH y que se han convertido en verdaderos mitos, giran en torno a estas tres ideas:

“Es una moda para etiquetar a los niños que son, simplemente, movidos o que los padres no saben educar”.

“Es un invento de la psiquiatría, que etiqueta conductas normales como enfermedades”.

“Es una enfermedad inventada por la industria farmacéutica, para vender pastillas y hacer negocio”.

Respecto a la primera idea, es cierto que actualmente a muchos padres les cuesta poner límites a sus hijos, pero está claro que una cosa es la mala educación y otra es el TDAH, y esto cualquier profesional mínimamente formado lo tiene que poder distinguir.

Mucho más controvertido puede ser el segundo argumento. La psiquiatría no se dedica a “inventar” enfermedades, pero sí es cierto que algunos de los síntomas del TDAH se encuentran también entre la población “normal”, aunque con menor intensidad y que la frontera entre la normalidad y la patología es muy difusa. Esta cuestión quedaría parcialmente resuelta si se entendiera que el TDAH, a pesar de ser actualmente una categoría diagnóstica, es en realidad una dimensión, un “continuo”, en el cual los síntomas se distribuyen entre toda la población y solo quién tiene más síntomas y más graves es quien acaba sufriendo el problema. Muchos problemas psiquiátricos son, en realidad, variables dimensionales que, en menor grado, están presentes en toda la población.

Respecto a la industria farmacéutica, está claro que los laboratorios no son las monjas de la caridad. Son empresas que quieren beneficios. Pero tampoco “inventan” dolencias. En todo caso, detectan demandas y miran de satisfacerlas, obteniendo unos beneficios, naturalmente. Desde el momento en que los gobiernos dejan la investigación biomédica y la producción de medicamentos en manos privadas, es inevitable que haya la sensación - y a veces la certeza - de que se hace negocio con nuestra salud.

III. PERSONAS CON CARACTERÍSTICAS TDAH. CONSECUENCIAS POSITIVAS Y NEGATIVAS

La realidad es que todos conocemos personas despistadas, que pierden objetos personales, se olvidan de los papeles que necesitan o de las citas que han concertado, que les cuesta mantener la atención y se distraen fácilmente. A estas personas también les es difícil organizarse, planificar las tareas y, sobre todo, ejecutarlas. Es fácil que pierdan rápidamente el interés en aquello que hacen, especialmente si la tarea es rutinaria o aburrida, y que no acaben las cosas. A veces también son inquietos, impacientes e impulsivos. No toleran bien la frustración y pueden dar respuestas emocionales explosivas. Estas son algunas de las características propias de las personas con TDAH.

Es importante saber, sin embargo, que no todo es problemático y negativo. Muchas personas con TDAH también son especialmente creativas, intuitivas, imaginativas, emprendedoras, valientes, curiosas, espontáneas, vitales, apasionadas, optimistas, empáticas, sensibles, persistentes en aquello que creen y capaces de improvisar y de encontrar soluciones donde los otros no ven salida.

Algunas personas con TDAH consiguen aprovechar estas características positivas y triunfar en la vida. Es el caso de algunos personajes famosos y también de personas no conocidas públicamente que, después de fracasos académicos e incluso personales, han conseguido destacar en su campo.

Cuando una actividad laboral resulta estimulante y variada, tener TDAH se puede convertir en una ventaja. Eso sí, suele ser necesario que la persona con TDAH se rodee de alguien que le resuelva los problemas rutinarios que surgen en los trabajos.

Por desgracia, las personas con TDAH que consiguen aprovechar estas características positivas son una minoría en relación con aquellos en que el TDAH interfiere negativamente en sus vidas, dando lugar a un menor nivel académico u ocupacional, a más posibilidades de accidentes de tráfico y a más riesgo de conductas adictivas, entre otros problemas.

IV. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TDAH

Cuando las características personales originan algún problema la medicina y, en este caso, la psiquiatría, tiende a categorizarlas y a denominarlas con un diagnóstico. Esto tiene numerosas funciones, como por ejemplo la de facilitar la comunicación entre los profesionales, posibilitar la investigación a la hora de comparar estudios o tratamientos, acceder a ayudas legales para los pacientes (más tiempo en los exámenes, repetición de convocatorias, establecer el grado de discapacidad...), proporcionar cobertura sanitaria por parte de las entidades aseguradoras o, en el ámbito judicial, determinar el grado de responsabilidad o los posibles atenuantes ante una conducta delictiva.

Una de las clasificaciones psiquiátricas más extendidas, el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) define el TDAH como un “patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad” y establece nueve síntomas de inatención, de los que hay que cumplir seis para ser diagnosticado y nueve síntomas de hiperactividad – impulsividad, de los que también hay que cumplir seis (Tabla 1).

Síntomas de inatención (se tienen que cumplir 6 de 9)
No presta atención suficiente a los detalles o cae en errores por distracción
Dificultad para mantener la atención en las tareas
Parece no escuchar cuando se le habla directamente
No sigue instrucciones y no completa tareas, encargos u obligaciones laborales
Tiene dificultades para organizar sus actividades diarias
Evita o le desagrada iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido
Extravía objetos necesarios
Se distrae con facilidad ante estímulos externos
Con frecuencia olvida las actividades diarias
Síntomas de hiperactividad-impulsividad (se tienen que cumplir 6 de 9)
Juega con las manos o los pies o se retuerce en el asiento
Se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado
Está inquieto
Es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas
Está continuamente "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor"
Habla excesivamente
Responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta
Le es difícil esperar su turno
Interrumpe o se mete con otros

Tabla 1 Síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad

Para que se pueda llevar a cabo el diagnóstico se precisa que algunos de los síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad estuvieran presentes antes de los 12 años. También es necesario que los síntomas interfieran con el funcionamiento social, académico o laboral, o reduzcan la calidad de los mismos. El DSM especifica tres presentaciones: predominante con falta de atención, predominante hiperactiva/impulsiva o combinada y tres niveles de gravedad, en función del deterioro del funcionamiento social y laboral.

Hoy en día, el DSM todavía no ha entrado en el diagnóstico dimensional del TDAH, que podría explicar el hecho de que comportamientos típicos del TDAH, como la falta de atención, la inquietud o la impulsividad se puedan observar en un grado variable y continuo en la población general y también explicaría los diferentes grados de gravedad sintomática de quienes sufren.

V. CAUSAS DEL TDAH

Se han llevado a cabo numerosas investigaciones para saber las causas. Así se ha visto que una serie de factores genéticos (con varios genes implicados, no uno solo), junto con una serie de factores ambientales, como por ejemplo la exposición a tóxicos durante el embarazo o las lesiones de la parte

frontal del cerebro en el parto, pueden dar lugar a alteraciones de la estructura y de algunas funciones del cerebro. Estas alteraciones consisten básicamente en un retardo de la maduración de la corteza cerebral frontal (aproximadamente un 30% menos en el TDAH moderado, respecto a los que no tienen TDAH) y un déficit en algunos neurotransmisores (las sustancias que comunican las neuronas entre sí), como por ejemplo la dopamina, la noradrenalina o la serotonina y que participan en el control de impulsos, el mantenimiento de la atención y el control emocional. Estos déficits comportan un mal funcionamiento de algunos circuitos cerebrales, como se puede observar cuando se comparan individuos con y sin TDAH en el momento de llevar a cabo una tarea que requiera una atención sostenida. A los pacientes con TDAH no se les activa el circuito responsable de la atención y, en cambio, se dispara la ansiedad (Fig. 1).

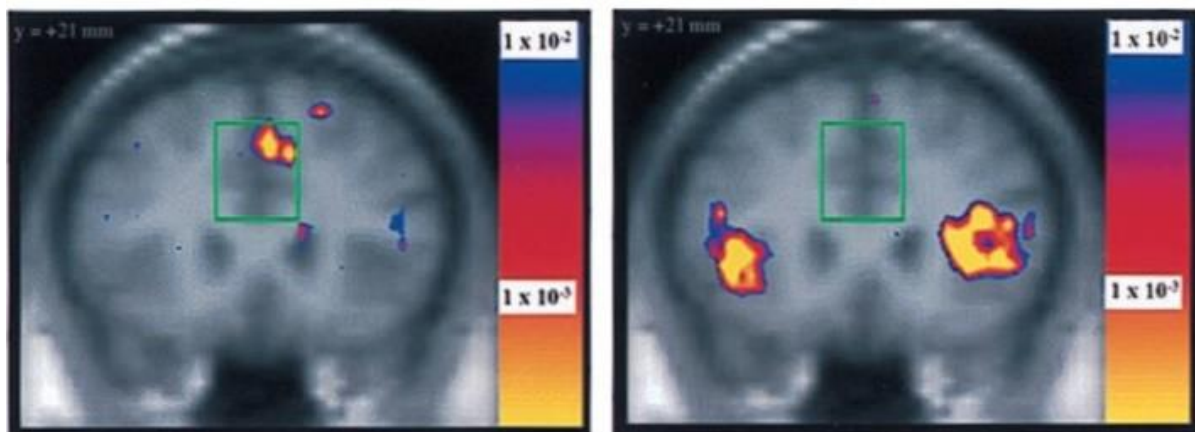


Fig. 1 Izquierda: Controles sin TDAH - Activación del córtex cingulado anterior, implicado en el mantenimiento de la atención; derecha: Paciente con TDAH - activación de la red fronto-estriatal-talámica, implicada en la ansiedad y estrés [1]

El hecho de haber encontrado estas diferencias entre personas TDAH y no TDAH, solo nos dice que, efectivamente, hay unas características cerebrales determinadas que pueden explicar los rasgos TDAH. No necesariamente confirma que sea un “trastorno” ni mucho menos una categoría diagnóstica, puesto que las diferencias en el funcionamiento cerebral se encuentran siempre que se comparan grupos de personas con características diferentes, como por ejemplo hombres y mujeres, impulsivos y no impulsivos o, incluso, sinceros y mentirosos.

VI. PRESENTACIÓN CLÍNICA

Muchas personas con TDAH no saben que son TDAH. Tienen lo que decimos un TDAH “compensado”. Esto lo han conseguido porque han sido capaces de desarrollar una serie de estrategias para controlar las dificultades que se han ido encontrando o porque han sido muy autoexigentes y disciplinados y han podido contrarrestar los déficits propios del TDAH. También puede ser que hayan escogido una profesión creativa y estimulante que les ha permitido adaptarse sin que se manifieste ningún problema.

Otras personas con TDAH, en cambio, necesitan ayuda profesional porque acaban sufriendo problemas, sea a nivel emocional (ansiedad, depresión, baja autoestima, percepción de fracaso, de que no avanzan en la vida...) o a nivel de algunas áreas particulares, como por ejemplo problemas académicos o laborales, problemas de pareja o abuso de sustancias.

Los estudios dicen que un 88% de las personas con TDAH tienen también manifestaciones de algún otro problema psiquiátrico. Es muy fácil, por lo tanto, que se nos presenten en la consulta con una queja o un motivo de consulta que, aparentemente, no tiene que ver con el TDAH. Si no se tiene en cuenta la posibilidad de que haya un TDAH en la base del problema, es posible que únicamente se

trate el problema que ha sido el motivo de consulta y que el TDAH se quede sin tratar. Esto es muy frecuente, aún hoy en día, debido al desconocimiento que todavía hay entre los profesionales.

VII. EVALUACIÓN

El diagnóstico del TDAH se basa fundamentalmente en el tipo de síntomas que tiene el paciente. A pesar de que existen pruebas genéticas, pruebas de neuroimagen y aparatos para medir la capacidad atencional, no hay ninguna prueba que por sí sola pueda diagnosticar el TDAH de forma objetiva. Tampoco hay indicadores bioquímicos o marcadores genéticos que permitan el diagnóstico con certeza. Como mucho determinan la predisposición. Por lo tanto, la evaluación se centra en la entrevista clínica y en el uso de unos instrumentos (test y exploración neuropsicológica) que nos permitan configurar un perfil de habilidades y dificultades de la persona.

La historia clínica tiene que evaluar, como mínimo, los antecedentes familiares, la edad de inicio de los problemas, la historia médica y el consumo de tóxicos, la historia de adaptación académica, familiar, laboral y social, así como el estado psicopatológico del paciente y los posibles trastornos que se presenten junto con el TDAH. Los síntomas de TDAH se pueden evaluar mediante pruebas específicamente diseñadas, como por ejemplo la entrevista diagnóstica de Conners para adultos con TDAH (CAADID) o el DIVA 2.0 (www.divacenter.eu).

A veces resulta difícil obtener información retrospectiva de las personas con TDAH, por lo que se necesita contrastar la información con entrevistas a los familiares o a personas que conozcan bien al paciente. Otro reto de la historia clínica es separar el TDAH de otras condiciones psiquiátricas que pueden parecer similares, como por ejemplo la ansiedad, la impulsividad o algunos trastornos de la personalidad y determinar si otro diagnóstico puede explicar mejor los síntomas que tiene el paciente o si tenemos que hacer dos diagnósticos diferentes, el del TDAH y otro, lo que se denomina “diagnóstico comórbido”.

VIII. TRATAMIENTO

Un diagnóstico de TDAH no implica necesariamente un tratamiento. Este solo será necesario cuando el individuo no tenga suficientes recursos para mantener su bienestar emocional y una interacción con el entorno equilibrada.

El primer paso del tratamiento es la psicoeducación, consistente básicamente en proporcionar información. El diagnóstico de TDAH puede ser molesto para algunas personas, pero también puede ser terapéutico en sí mismo, puesto que puede permitir al paciente entender lo que le pasa, plantearse la necesidad de determinados cambios, proponerse expectativas más ajustadas a su realidad y modificar posibles creencias erróneas que ha mantenido sobre el mismo (“soy un desastre”, “soy uno vago”, “soy incapaz de tirar nada adelante” ...).

El segundo paso consiste en proporcionar al paciente las herramientas necesarias para manejar los problemas habituales en que puede encontrarse. Seguramente él ya ha intentado algunas de estas estrategias, pero tal vez no lo ha hecho con suficiente determinación o no ha sido bastante constante o, simplemente, no ha sido capaz de llevarlas a cabo. Las principales áreas en que se trabaja son:

- Planificación: establecer rutinas, priorizar, establecer objetivos realistas.
- Aprender a no posponer, a no abandonar hasta que se acabe una tarea.
- Organización: sistemas de archivo, agenda, notas recordatorias...
- Gestión del tiempo: resistirse a la distracción o a la hiperfocalización, uso de alarmas o de contadores de tiempo (usando el móvil o dispositivos específicos como el Time Timer Watch® ...).
- Control de la hiperactividad: disminuir la sobreestimulación (apagar los datos del móvil, no tener chats abiertos mientras se trabaja...), hacer ejercicio, técnicas de respiración...

- Control de la impulsividad: detectar indicadores externos e internos de una respuesta explosiva, apartarse de la situación o aplazar la respuesta hasta que haya disminuido la tensión.
- Abordaje de las consecuencias emocionales, como por ejemplo la ansiedad o la baja autoestima.

En este paso también nos podemos servir de técnicas propias del *coaching*, potenciando el desarrollo de estrategias para conseguir objetivos y de recursos como el *mindfulness*, que permiten adquirir un mejor autoconocimiento y control de la atención.

Finalmente, el tercer paso, que a veces ya se pone en marcha conjuntamente con el segundo, es la ayuda farmacológica. Los fármacos comercializados específicamente para el TDAH se dividen en dos categorías: estimulantes y no estimulantes. Los estimulantes actúan aumentando la concentración de dopamina y noradrenalina en la corteza prefrontal del cerebro. Hay quién se pregunta cómo puede ser que se trate con estimulantes a personas que ya de por sí suelen ser movidas e hiperactivas. La respuesta es que estos “estimulantes” estimulan precisamente la parte frontal del cerebro, que es la que sirve de “freno”, la que ayuda a controlar los impulsos inmediatos.

Dentro de los estimulantes encontramos dos fármacos: el metilfenidato, autorizado para el tratamiento del TDAH en los EE.UU. en 1961 (en España en 1981) y la lisdexanfetamina, comercializada más recientemente. Ambos son fármacos eficaces para tratar los síntomas más relevantes del déficit de atención, a pesar de que la lisdexanfetamina ha mostrado una mayor eficacia y una duración de su acción más prolongada (13 horas), incluso comparado con el metilfenidato de acción retardada, que puede cubrir unas 12 horas.

Entre los medicamentos no estimulantes encontramos la atomoxetina y la guanfacina. El primero es un fármaco de la familia de los antidepresivos, un poco menos eficaz con los síntomas de TDAH, pero que cubre 24 horas y puede ayudar cuando coexisten problemas emocionales. La guanfacina está indicada únicamente cuando los fármacos anteriores no pueden controlar bien síntomas como la agitación o la irritabilidad.

Con el tratamiento farmacológico se puede obtener una mejora importante en la atención, la memoria, las funciones ejecutivas, el control motor y la impulsividad y una mejora relativa en el control emocional.

Los principales efectos secundarios pueden ser: cefalea, disminución de las ganas de comer, aumento de la tensión arterial, taquicardia, molestias abdominales, boca seca, insomnio o irritabilidad. Pueden aumentar los tics. Se recomienda llevar a cabo un examen cardiovascular (electrocardiograma y ecocardiografía) previo al tratamiento con estos fármacos.

Cada persona responde a los fármacos de forma diferente, por lo que se tiene que valorar, en cada caso, si el balance entre eficacia y efectos secundarios resulta beneficioso.

Dado que hay gente con “miedo” a la medicación, existen una gran cantidad de tratamientos alternativos. Los únicos que han mostrado una cierta evidencia científica, a pesar de que muy escasa, son la dieta suplementaria de ácidos grasos omega 3 y el *neurofeedback*.

IX. CONCLUSIONES

El debate sobre la validez del TDAH como patología va más allá del ámbito científico y entra de lleno en la ética y la sociología. ¿Qué entendemos por “normalidad” o “enfermedad”? ¿Cómo y quién define estos límites? ¿Tal vez consideramos “normal” solo aquello que es culturalmente y socialmente aceptado? ¿Puede ser que el problema esté también en las estructuras sociales, familiares o académicas y no solo lo individuo? Estas cuestiones todavía no están resueltas actualmente.

Hoy en día las exigencias del entorno son cada vez más elevadas y para muchas personas, entre ellas las que sufren TDAH, estos estándares les resultan imposibles de alcanzar. Tendríamos que dirigirnos hacia unos programas educativos y unos entornos laborales y sociales más flexibles,

abiertos e inclusivos, para favorecer la adaptación de aquellas personas con rasgos TDAH más acusados.

El tratamiento farmacológico tendría que estar reservado para los casos en que hubiera un malestar subjetivo grave o una interferencia importante en alguna área vital del individuo. Los fármacos son una herramienta muy útil, pero no se tienen que utilizar para omitir o esconder que, al menos una parte del problema puede, aflorar hoy en día con más facilidad debido a unas estructuras familiares, académicas, laborales o sociales que generan unas demandas excesivas.

X. REFERENCIAS

- [1] G. Bush , Y. Frazier , SL. Rauch et al. ,“Anterior cingulate cortex dysfunction in attention-deficit/ hyperactivity disorder revealed by fMRI and the Counting Stroop”. *Biol Psychiatry*. 1999 jun. 15; 45(12) pp. 1542-52. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10376114>
- [2] A. Fernández-Jaén A, S. López-Martín, J. Albert et al. “Trastorno por déficit de atención / hiperactividad: perspectiva desde el neurodesarrollo”. *Rev Neurol* 2017; 64 (Supl 1): S101-S104. <https://www.neurologia.com/articulo/2017005/esp>
- [3] - Saiz Fernández LC, “Atentos al déficit de atención (TDAH). Entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva”. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*. Noviembre - diciembre 2013. Volumen 21. Pág. 1-19. https://www.navarra.es/home_es/temas/portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicamento/BIT/Quiere+21/BIT+Volumen+21+n+5.htm
- [4] R. A. Barkley. Tomar el control del TDAH en la edad adulta. Ed. Octaedro, 2013.

XI. AUTOR



FACUND FORA nació en Vinaròs en 1959. Se licenció en Medicina por la Universidad de Barcelona en 1982. Posteriormente obtuvo el Doctorado en la misma Universidad, con una tesis sobre la sexualidad en la esquizofrenia.

Especializado en Psiquiatría, ha sido Jefe de Departamento del Instituto Frenopático de Barcelona (actualmente ya desaparecido).

Desde los inicios de su carrera profesional ha dedicado una especial atención al estudio de la sexualidad humana, campo en el que ha impartido numerosos cursos y conferencias, ha publicado varios artículos y colaborado en medios de comunicación. Ha sido presidente de la Sociedad Catalana de Sexología de la Academia de Ciencias Médicas y es autor o coautor de una decena de libros, el último de los cuales, *Fármacos y función sexuales*, aparecido hace pocos meses.

Hace unos quince años, poco después de abrirse la primera Unidad de TDAH del adulto en el Hospital del Valle de Hebrón, que fue la primera de España, se adentró en el estudio y el tratamiento del TDAH del adulto. En este campo ha participado como Investigador Principal en un ensayo farmacológico de fase 3 y colabora habitualmente en las Jornadas de TDAH que organiza, anualmente, el Centro Médico Teknon.

Recibió el galardón *Alè Vinarossenc* 2010.

En la actualidad desarrolla su actividad clínica en el Centro Médico Teknon, dedicando su atención tanto a la psiquiatría general como a los trastornos sexuales y el TDAH.